

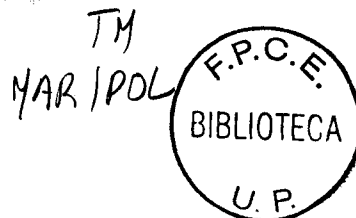


**Mestrado em Psicologia e Saúde**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**  
**Universidade do Porto**

**A política de Saúde Mental como instrumento de  
promoção da qualidade de vida de pessoas com  
esquizofrenia**

**António José Pereira Silva Marques**

**2002**



**Mestrado em Psicologia e Saúde**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**  
**Universidade do Porto**

**A política de Saúde Mental como instrumento de  
promoção da qualidade de vida de pessoas com  
esquizofrenia**

UNIVERSIDADE DO PORTO  
Faculdade de Psicologia  
e de Ciências da Educação  
N.º de Entrada 18510  
Data 24/05/02

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre  
no âmbito do Mestrado em Psicologia e Saúde  
realizada sob orientação da Prof. Doutora Cristina Queirós

## Agradecimentos

Nenhuma pesquisa nasce de geração espontânea. Em regra, resulta da acumulação de trabalho de muita gente, de que somos a face visível. Durante todo este percurso muitas foram as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a elaboração desta dissertação. Entre elas gostaria de lembrar e agradecer:

- Aos utentes que concordaram em participar nesta pesquisa, sem eles ela não seria exequível;
- À Casa de Saúde da Idanha, na pessoa da Irmã Paula, que se mostrou sempre disponível;
- À Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular, à Dr.<sup>a</sup> Rita Rosas, pelo interesse e empenhamento para que fosse possível incluir esta instituição no nosso estudo;
- À Casa de Saúde do Telhal, em particular, à Terap. Ana Lima, por ter aberto esta porta e colaborado na aplicação do questionário;
- Ao Hospital Conde de Ferreira, em particular, ao Dr. Manuel Matos, pela rapidez com que autorizou a realização deste estudo e à Enfer. Luisa pela disponibilidade e simpatia;
- Ao Hospital de Magalhães Lemos, em particular ao Dr. António Leuschner e ao Dr. Ângelo Lúcio Figueiredo que possibilitaram a realização deste estudo;
- A todos os meus colegas de trabalho e amigos que de alguma forma contribuíram para desfazer bloqueios e tornar esta pesquisa real. À Terap. Paula Portugal pela amizade e pela ajuda incansável na aplicação dos questionários, à Terap. Lourdes Santos, amiga de sempre, impar nos seus comentários e observações, ao Dr. Valdemar Braga, pelo apoio a nível informático. A todas as pessoas que compreenderam as minhas ausências e sempre me apoiaram.
- À minha família pelo apoio incondicional, pelo ajuda e empenhamento aos mais variados níveis, pela compreensão das minhas ausências e tensões.
- Por fim, mas em primeiro lugar, à Professora Doutora Cristina Queirós, minha orientadora, pelo rigor, disponibilidade singular, interesse e paciência que sempre manifestou.

## INDICE

Introdução.....	7
-----------------	---

### **I Parte**

<b>Da Loucura à Qualidade de Vida na Esquizofrenia.....</b>	<b>10</b>
---	-----------

### **Capítulo 1**

A Evolução do Fenómeno da Loucura ao Longo dos Tempos .....	11
---	----

1. Introdução.....	12
--------------------	----

1.1. Do “grande enclausuramento” à desinstitucionalização. ....	13
---	----

1.1.1. Das civilizações Greco-Romanas à época Medieval.....	14
---	----

1.1.2. Da subversão asilar ao Hospital Psiquiátrico.....	18
--	----

1.1.3 Movimentos de renovação psiquiátrica no século XX: a queda do sistema asilar e a eclosão da psiquiatria comunitária.....	27
---	----

1.2. A Evolução da Loucura em Portugal.....	40
---	----

### **Capítulo 2**

<b>As Diferentes Orientações nas Políticas de Saúde Mental enquanto Instrumentos de Promoção da Qualidade de Vida dos seus Destinatários.....</b>	<b>48</b>
---	-----------

2. Introdução.....	49
--------------------	----

2.1. A(s) Política(s) de Saúde Mental em Portugal : Do asilo à comunidade. ....	49
---	----

2.1.1. A institucionalização da assistência médica psiquiátrica - da segunda metade do século XIX até 1963. ....	50
---	----

2.1.2. Da Assistência Psiquiátrica à Política de Saúde Mental - década de 60 e 70.....	54
--	----

2.1.3 A Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários - 1984/1990 .....	58
--	----



2.1.4. A Introdução da Nova Lei de Saúde Mental.....	62
2.2. Caracterização da Resposta Assistencial Actual .....	70
2.2.1. Hospitais Psiquiátricos .....	70
2.2.2. Serviços Locais Integrados em Hospitais Gerais.....	72
2.2.3. Estruturas Comunitárias .....	74
2.2.4. Caracterização dos Recursos Existentes por Região de Saúde.....	83
2.2.4.1. Região de Saúde do Norte.....	83
2.2.4.2. Região Centro .....	86
2.2.4.3. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo .....	89
2.2.4.4. Região de Saúde do Alentejo.....	92
2.2.4.5. Região de saúde do Algarve .....	94
2.2.4.6. Rede Alcoológica .....	95

### **Capítulo 3**

<b>Esquizofrenia e Qualidade de Vida.....</b>	<b>97</b>
13. Introdução.....	98
3.1. Esquizofrenia – entidade clinica.....	99
3.1.1. Evolução Histórica da Esquizofrenia .....	99
3.1.2. A Esquizofrenia Sob a Óptica de Três Modelos de Análise.....	107
3.1.2.1. O Paradigma Biológico.....	107
3.1.2.2. O Paradigma Psicológico .....	109

3.1.2.3. O Paradigma Social .....	110
3.1.2.4. O Paradigma Actual .....	113
3.2. Qualidade de Vida .....	114
3.2.1. Evolução do conceito de Qualidade de Vida .....	115
3.2.2. Definindo qualidade de vida .....	119
3.2.3. Qualidade de vida e saúde.....	122
3.3. A intervenção terapêutica como mecanismo de reabilitação e inserção social e instrumento de melhoria da qualidade de vida.....	125
3.3.1. Da psicofarmacologia às diferentes correntes psicoterapêuticas.....	125
3.3.2. Reabilitação e Inserção Social .....	131

## **II Parte**

<b>Qualidade de vida, contextos de inserção e esquizofrenia .....</b>	<b>136</b>
---	------------

## **Capítulo 4**

<b>Metodologia.....</b>	<b>137</b>
4. Introdução.....	138
4.1. Definição da Hipótese .....	138
4.2. Instrumento de Pesquisa.....	146
4.3. O Campo de Análise.....	151
4.3.1. Hospital de Magalhães Lemos.....	153
4.3.2. Casa de Saúde do Bom Jesus.....	156
4.3.3. Casa de Saúde da Idanha.....	158

4.3.4. Casa de Saúde do Telhal .....	159
4.3.5. Hospital Conde de Ferreira .....	161
4.4. Amostra .....	164
4.4.1. A constituição das amostras .....	164
4.4.1.1. Sub-Amostra dos utentes que se encontram a residir nos Internamentos de Estruturas Hospitalares Psiquiátricas.....	164
4.4.1.2. Sub-Amostra dos utentes que se encontram integrados nas Famílias .....	165
4.4.1.3. Sub-Amostra dos utentes que se encontram integrados em Estruturas Comunitárias .....	166
4.4.2. Caracterização da Amostra .....	167
4.5. Análise e transformação dos dados.....	178

## **Capítulo 5**

<b>Análise e interpretação dos dados .....</b>	<b>181</b>
5. Introdução.....	182
5.1. Descrição dos resultados .....	182
5.1.1. Domínio físico - caracterização bio-psico-social .....	183
5.1.2. Domínio psicológico - caracterização bio-psico-social .....	190
5.1.3. Domínio social - caracterização bio-psico-social .....	208
5.1.4. Nível de satisfação perante as condições de vida .....	222
5.1.5. Domínio da autonomia funcional .....	231
5.2. Síntese dos Resultados .....	244

Conclusão .....	260
Referências Bibliográficas .....	263
1.Livros e Revistas .....	263
2. Legislação Consultada.....	282
3.Artigos da Internet .....	284
ANEXOS .....	285
(Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida construido por Antonio Marques).....	285

## **Introdução**

O que motivou o nosso interesse em estudar a problemática das Políticas de Saúde Mental em Portugal, como instrumento de promoção da qualidade de vida e inserção social dos seus destinatários, foi o facto de desde 1995 trabalharmos num hospital psiquiátrico onde temos oportunidade de contactar directamente com pessoas doentes, nomeadamente aquelas que apresentam um diagnóstico de esquizofrenia, com as suas famílias e com a comunidade envolvente.

O problema da inserção das pessoas com doença mental tem, em Portugal, sido relegado para segundo plano no campo do conhecimento e reflexão.

A nossa pesquisa, incidindo na Psiquiatria Comunitária como opção de Política Social que tem orientado o discurso legal sobre a problemática da doença mental em Portugal, conduziu-nos ao estudo da qualidade e satisfação face à vida, bem como do nível de autonomia funcional de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em função do meio onde estão inseridas: o hospital psiquiátrico, as estruturas comunitárias e a famílias.

Assim, na primeira parte do nosso trabalho iremos utilizar a revisão bibliográfica, análise documental como forma de procedermos à ruptura metodológica com as evidências do saber corrente, ou seja do senso comum. Para isso iremos analisar alguns conceitos orientadores do trabalho, de forma a construirmos a problemática em torno da qual a nossa pesquisa empírica se define. Será no enquadramento teórico que se referenciará a evolução das concepções da doença mental aos longo dos tempos e se analisarão as diferentes políticas de saúde mental em Portugal, tendo como linha orientadora a qualidade de vida das pessoas com doença mental em função do meio onde estão inseridas, em particular as que apresentam um diagnóstico de psicose esquizofrénica. Neste âmbito, iremos ainda abordar diferentes perspectivas sobre o conceito de qualidade de vida e efectuar uma caracterização do quadro psicopatológico – psicose esquizofrénica - uma vez que optamos por constituir a nossa amostra utilizando como um dos critérios a homogeneidade em termos da patologia. Esta opção prende-se com o facto da esquizofrenia ser a doença psiquiátrica que apresenta o maior numero de recurso aos Serviços em Portugal (segundo as Estatísticas da Saúde do INE, em 1998 foram referidos por todos os estabelecimentos de psiquiatria do país com internamento, 4362 casos com diagnóstico de esquizofrenia, sendo 1678 novos casos) assim como no hospital

psiquiátrico onde trabalhamos, que será um dos nossos campo de análise.

Na segunda parte, referenciaremos o objectivo e hipótese do nosso trabalho resultante da análise da nossa problemática. A hipótese que pretendemos verificar prende-se com o facto da integração comunitária de pessoas com psicose esquizofrénica, enquadrada na filosofia da política de saúde mental em Portugal, (embora ainda com pouca implementação efectiva de estruturas comunitárias, o que empurra as famílias para o principal suporte de inserção social) promover a melhoria da qualidade de vida e satisfação face à vida. Seguidamente caracterizaremos a metodologia que utilizaremos e identificaremos o campo de análise e amostra sobre a qual a nossa pesquisa incidirá. Referenciaremos a aplicação de um questionário (construído para o efeito), que nos permitiu analisar a qualidade e satisfação face à vida das pessoas com psicose esquizofrénica, em função do meio onde estão inseridas. Depois iremos efectuar a descrição e análise dos resultados encontrados, que nos possibilitará a compreensão e interpretação do objecto de estudo bem como a verificação da pertinência da hipótese explicativa formulada. Para tal, procuraremos articular a informação empírica recolhida quer com o nosso quadro teórico quer com resultados encontrados por outros investigadores que se movimentaram em torno de problemáticas afins, por forma a melhor compreendermos e fundamentarmos as nossas conclusões.

Por fim apresentaremos a bibliografia utilizada na realização desta pesquisa e alguns anexos que considerarmos importantes para a clarificação dos procedimentos, método e análise dos resultados.

## **I Parte**

### **Da Loucura à Qualidade de Vida na Esquizofrenia**



## **Cap. 1**

# **A Evolução do Fenómeno da Loucura ao Longo dos Tempos**

## 1. Introdução

Na análise e caracterização do fenómeno da doença mental em toda a sua amplitude não podemos deixar de recorrer a aspectos do passado, para uma melhor compreensão do presente. A doença mental carece pois de ser vista também à luz da História, não para se ficar agarrado às vetustas colunas da tradição, mas, como sugere H. Schipperges (in Fernandes, 1966), como lanternas a iluminar o caminho para o futuro. Neste sentido pretende-se, neste capítulo, perceber o modo como as sociedades se organizam, como as instituições actuam, e como as ciências explicam as doenças mentais. O modo como hoje se conceptualizam as doenças mentais e as respostas que se desenvolvem para melhorar a qualidade e satisfação de vida das pessoas com problemas de saúde mental, resultam de processos dinâmicos e evolutivos que foram sofrendo profundas alterações ao longo das diversas civilizações.

A loucura pode ser considerada como um dos acontecimentos mais perturbadores da espécie humana. O facto angustioso de a pessoa, enquanto ser individual, poder faltar o domínio sobre si mesma, transtornando-lhe a visão da sua própria personalidade e dos outros que a rodeiam constitui indiscutivelmente uma autêntica «alienação» do indivíduo.

Para as pessoas em geral tal fenómeno é de difícil compreensão e produz, não raras vezes, atitudes defensivas de grande angústia pelo desconhecido, impotência e receio de contágio. É nestas raízes emocionais que poderemos também encontrar a explicação da triste história da loucura através dos tempos. Das opressões sofridas, das práticas de feitiçaria, exorcismos, autos de fé ou por antítese da veneração mágica pelo anormal do fenómeno ou a veneração «supra-humana» a que estas pessoas foram sujeitas devido ao desconhecimento de que se tratava de doença. “Se há uma verdade da loucura, esta só pode ser trágica - daí a ambiguidade extrema que caracteriza a atitude de todas as sociedades e de todas as culturas para com os loucos. São presos ou exibidos como a imagem daquilo que ameaça a todos. São presos e privados de todos os direitos. Ou, pelo contrário, têm a palavra quando esta é negada a todos os outros: os bufões dos príncipes e dos reis - e nas nossas mediocracias modernas, os artistas.” (Jaccard, 1979, pág.13)

É neste contexto que alguns autores (Cordeiro, 1986) afirmam radicalmente que,

de uma forma ou de outra, a atitude da sociedade para com os loucos, ao longo dos tempos, é uma página triste e negra na história da civilização. Outros, (Fleming, 1976; Fábregas et al., 1978; Jaccard, 1979), pelo contrário, defendem que ela é algo ambíguo, porque se umas culturas rejeitaram os loucos prendendo-os e privando-os de todos os direitos, outras os veneraram e idolatraram.

Neste capítulo vamo-nos debruçar em primeiro lugar sobre as diferentes formas que este fenómeno foi assumindo ao longo dos tempos em diversas sociedades, particularizando, em segundo lugar, o caso português.

### **1.1. Do “grande enclausuramento” à desinstitucionalização.**

Indiscutivelmente, a loucura desafiou ao longo dos tempos a filosofia, a religião, a ciência, continuando ainda hoje a desafiar numa talvez fecunda contradição e complexidade as ciências humanas. Foucault (1987), ao definir e enquadrar a doença mental e quem é doente, considerou como facto inquestionável que a loucura esteve sujeita, mais de que qualquer doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos, à história. Na sua configuração está subjacente a complexidade de atitudes perante o desconhecido e o inexplicável da doença mental que pauta cada período.

Recorremos essencialmente à análise de Foucault (1987) sobre a loucura na medida em que traduz uma perspectiva sociológica e antropológica de referência. Daí que a nossa opção em termos do estilo de construção literária tenha privilegiado o recurso intensivo a citações, numa perspectiva de fidelidade ao texto original, devido à sua importância e riqueza descritiva. Encontramos retractadas na sua obra, com muito pormenor de referências históricas, várias ideias fortes que hoje se reconhecem ter contribuído à construção do nosso contemporâneo conceito sobre loucura. O autor referencia determinados períodos históricos, desde o início da Idade Clássica, passando pelo Renascimento até ao início do séc. XIX, que marca o limiar da nossa modernidade, donde coexistem, por vezes, diferentes perspectivas sobre a loucura e ressalta o facto de os loucos terem sempre constituído uma categoria social excluída e estigmatizada, que a sociedade disciplina de acordo com o contexto global da época. Analisemos então cada um desses períodos.

### 1.1.1. Das civilizações Greco-Romanas à época Medieval

É possível encontrarmos nas descrições de Herótodo – Pai da História (Grego, Séc. V a.c.) referências a doentes mentais. Era comum nos seus relatos (Tavares, 2000) a alusão a doentes mentais acolhidos em templos sagrados, desempenhando trabalhos nos jardins ou dedicando-se às artes.

Sem entrar em pormenores, por esta altura, os médicos gregos, tanto de Cós como de Cnide, faziam já referência a algumas formas de adoecer mental, nomeadamente à epilepsia, delírio febril, a psicose das puérperas, algumas afecções de expressão preponderantemente somática e à melancolia (Fernandes, 1966).

Hipócrates, um dos mais conceituados médicos da época, a quem se atribui a paternidade da Medicina, “localizou no cérebro a sede da vida psíquica” (Fernandes, 1966, pág. 27) e conjuntamente com outros, atribuíam ao corpo a explicação para estas enfermidades. Numa base naturalista, uns defendiam que a melancolia e outras doenças estavam relacionadas com perturbações dos fluidos orgânicos, enquanto outros a situavam na parte superior do ventre. De qualquer forma, na civilização grega da altura, em paralelo com esta orientação naturalista, reinavam também concepções mágico religiosas que influenciavam a forma como eram vistos e tratados estes enfermos. Assim, sobre estes indivíduos recaíam por um lado práticas revestidas pelos mitos da época e por outro tratamentos com alguma objectividade e realismo, realizados em templos de Saturno através do “sono, incubação, catarse, diálogos, música, banhos, trabalho, distrações...” (Fernandes, 1966, pág. 28).

Também na Europa da Idade Média, a loucura não se constitui como uma figura coerente. Não havia uma perspectiva única sobre o conceito de loucura assim como não havia um entendimento uniforme quanto ao tratamento das pessoas cujas condutas fugiam à "normalidade" definida no contexto do cristianismo. A Igreja e a doutrina cristã, certas da imortalidade da alma, detentoras do saber e da regulação das leis consideravam a doença como consequência e punição do pecado, promovendo nos doentes uma atitude de humildade e paciência para merecer a graça de Deus e uma atitude de caridade e tolerância para com estes.

De acordo com Heers (1987) a atitude social perante o demente, o possesso ou, nesse tempo, simplesmente o epiléptico, ou ainda, o homem disforme, vítima de deficiências graves, aparece ao historiador das sociedades e das mentalidades quase sempre como ambígua e muitas vezes até contraditória.

Segundo Hirst et al. (1982) nesta época a categoria da loucura era socialmente reconhecida. No entanto, procedia-se a uma diferenciação entre "tolos" e "loucos", sendo os primeiros muitas vezes abençoados, venerados e em determinadas circunstâncias considerados como detentores de sabedoria e clarividência. Nas aldeias eram até o motivo de troça, ridicularização, de divertimento. Nos Castelos, junto da Nobreza e do Clero, o louco era tido como o «bobo» ou cómico, figura de grande irreverência, exaltação, mas também fonte de protecção e de sorte. A loucura está “essencialmente em liberdade; circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns e é para todos uma experiência quotidiana que se busca mais para exaltar do que para reprimir” (Foucault cit. in Fábregas et al., 1978, pág.12). A outra forma de entendimento à época, os “loucos furiosos”, caracterizada pelos excessos de violência e brutalidade, eram considerados perigosos para a comunidade e alvo de medidas. Encontramos como primeira estratégia da comunidade no lidar com esta problemática o recurso privilegiado à ajuda de Deus, à oração e ao exorcismo e só depois eram consideradas as medidas de expulsão da terra e o encarceramento.

A concepção básica subjacente, neste período histórico, é definida por Foucault (1987) como a “mágico-religiosa”. Na bibliografia consultada é comum a referência ao louco visto como um “possesso”, tomado por espíritos demoníacos e maléficos. A loucura é justificada pelo sobrenatural, por algo que escapa à racionalidade humana e terrena.

A expulsão em massa, a deportação dos loucos para locais de onde não pudessem voltar, apesar de não estar confirmada historicamente, é tema corrente do imaginário e simbologia da literatura e pintura da época, tendo sido tratada em 1494 por Sebastião Brant na sua “Nau dos Loucos”, obra que conheceu desde logo grande sucesso. “(...) a composição dessas Naus cujos heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, embarcam para uma grande viagem simbólica que lhes traz, senão fortuna, pelo menos a figura dos seus destinos ou suas verdades.(...) Mas de todas essas naves romanescas ou

satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam a sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos(...) Frequentemente as cidades da Europa viam essas Naus de Loucos atracar nos seus portos(...)” (Foucault, 1987, pág. 9). Na pintura, Jerónimo Bosch, retrata a loucura em várias obras, como o “Quadro da luxúria” ou “Operações das Pedras da Cabeça”. (Foucault, 1987).

Com o avanço da Idade Média o desejo de afastar o Louco torna-se cada vez mais visível. Se na maior parte das vezes a prática mais usual era o encarceramento, na segunda metade do séc. XIV ocorreram também tentativas de “tratamento” (não no sentido de tratamento médico, mas sim social e económico) e nos hospitais, (não no sentido que hoje temos de hospital), reservam-se salas para os “insensatos”. São referência entre outros, o Hospital Municipal de Hamburgo (1375, Alemanha), St. Mary of Bethlehem (1403, Londres) e Hôtel Dieu em Paris. Será em Espanha, em Valência que se fundou o primeiro Hospital para doentes mentais, o St. Maria dos Inocentes, em 1409 (Meseguer, 1982; Foucault, 1987), fundado com fundos laicos por uma ordem religiosa familiarizada com o mundo árabe. Segundo Tavares (2000) no sermão apelativo para angariação de fundos, o Padre Jofre, terá feito referência aos pobres inocentes passando fome e frio pelas ruas da cidade, sem saberem ganhar nem pedir para o seu sustento, entregues à malvadez dos que os maltratam e ofendem, às vezes os matam ou, no caso das mulheres, abusam. Defendeu, como mais santo e mais útil para a cidade, uma habitação ou hospital para os inocentes estarem recolhidos não fazendo nem recebendo danos. Como prova de generosidade para com Deus os mais ricos fundam hospitais ou hospícios para errantes, incuráveis, pobres, velhos, que eram assistidos sobretudo por religiosos com espírito mais devoto que científico.

Neste contexto, depois do Hospital St. Maria dos Inocentes de Valência, muitos outros foram criados pela Espanha. Em Saragoça (1425) o Padre Murrilo cria um novo hospital, aberto a todos, que ficou célebre pela inscrição sobre a porta “Urbi et Orbe” (na cidade e no mundo). Seguiu-se o hospital de Sevilha e Valhadolide em 1436, Barcelona

em 1481, Toledo em 1483 e Granada em 1507 (Tavares, 2000).

Este movimento rapidamente perdeu o carácter assistencial (analisado e enquadrado na época) e, terminada a indulgente tolerância do tempo da cristandade, estes locais rapidamente se transformaram em autênticas prisões para loucos e mendigos com o objectivo de proteger a sociedade.

A atitude da sociedade face á loucura, neste período histórico, caracteriza-se pela exclusão: “ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem duvida até aos nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo da nossa consciência” (Foucault, 1987, pág.12).

No Séc. XV e XVI, com a expansão dos povos europeus e com o aparecimento de novas terras até então desconhecidas, emerge na Europa um movimento cultural conhecido vulgarmente por Renascimento, marcando um novo período e o surgimento de uma nova mentalidade, caracterizada pelo espírito mais crítico e observador, em que se exalta a vida e os sentidos. Este movimento possibilitou e impulsionou mudanças nas ciências, nas letras e nas artes.

O grande contributo deste período relativamente à loucura encontra-se no seu reconhecimento pela razão: “ sob a influência maior do pensamento cristão, encontra-se conjurado o grande perigo que o século XV tinha visto crescer. A loucura não é um poder abafado que faz explodir o mundo revelando fantásticos prestígios; ela não revela, no crepúsculo dos tempos, as violências da bestialidade, ou a grande luta entre o Saber e a Proibição. Ela é considerada no ciclo indefinido que a liga à razão; elas se afirmam e se negam uma à outra. A loucura não tem mais uma existência absoluta na noite do mundo: existe apenas relativamente à razão, que as perde uma pela a outra enquanto as salva uma com a outra” (Foucault, 1987, pág. 33). O renascimento introduz um novo dado a termos em conta: as possibilidades da Razão arrancarem a loucura desse mundo onde as sociedades a ocultaram e mistificaram. O grande contributo deste período relativamente à loucura encontra-se no seu reconhecimento pela razão, sob a influência maior do pensamento cristão. A loucura fica assim ligada a todas as novas experiências do Renascimento. Do “Elogio da Loucura” de Erasmo de Roterdão, humanista europeu de

eleição, ao pensamento céptico de Montaigne, a loucura é imanente à razão, sendo constantemente discutida, criticada e evidenciada.

Desenvolveram-se nesta época grandes obras filosóficas e literárias, (como o Elogio da Loucura, de Erasmo, D. Quixote, de Cervantes ou até Hamlet de Shakespeare), que exemplificam a grande difusão e, no dizer de Foucault (1987), o grande prestígio, desta loucura exaltada por mestres e artistas de sempre.

### **1.1.2. Da subversão asilar ao Hospital Psiquiátrico**

A experiência clássica da loucura nasce quando “a loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital.”(Foucault, 1987, pág. 42).

Segundo Foucault, “a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (Foucault, 1987, pág. 45). Se a Idade Média tolerou os loucos no seu seio, a época do Absolutismo e da ascensão burguesa apresentou publicamente a “liberdade selvagem” da loucura “domesticada pela força da razão” (Fábregas et al., 1978).

O exílio da loucura que, com o fechamento das portas do asilo, a separa da sociedade e que a exhibe como um acto de conquista da Razão que domestica o irracional, insano, animalesco, aparece materializado na criação dos asilos, que se fecham, para, numa aparente tentativa de ocultar, se voltarem a abrir apenas para publicamente provarem e mostrarem a loucura domesticada pela Razão. Note-se que em pleno século XIX ainda se exibiam os loucos (na Inglaterra, na França e na Alemanha) publicamente a troco de dinheiro, e que esta prática era institucionalizada. Em alguns dos asilos na Alemanha chegaram a abrir-se janelas gradeadas de forma a permitir a penetração do olhar



público sobre a loucura dos loucos, como se de um espectáculo ou um feito se tratasse. (Foucault, 1987).

No Séc. XVII as descobertas científicas efectuadas, (telescópio, circulação do sangue, etc.), a par dos contributos de Descartes, Galileu, Pascal, Newton, entre outros, tiveram uma importância decisiva na evolução científico-natural da Medicina, pelo que começou a ganhar adeptos a interpretação científica das "perturbações do espírito".

Na linha ondulante que temos estado a caracterizar e analisar, constituída por avanços e recuos, o Séc. XVII, por muitos considerado como o século do esplendor e do milagre científico é também a época do drama reprimido que se esconde sobre as formas mais equilibradas e racionais.

É a partir deste século que a loucura é apreendida num contexto novo, o da lógica do mercantilismo burguês e do racionalismo cartesiano. Uma crise geral que vai do domínio económico ao espiritual de que é indicio a paragem ou o refluxo do crescimento demográfico na Europa a par com as desastrosas destruições causadas pela guerra dos 30 anos, pelas guerras do norte e os conflitos no reinado de Luís XIV e ainda pela peste e pela frequência e intensidade de crises alimentares. Todo este contexto deu um colorido dramático à época, intensificaram-se as lutas de classes e reduziram-se a loucura e os pobres ao silêncio. Surgiram então as medidas de internamento dos pobres, dos loucos, dos indesejáveis, empreendendo-se uma violenta política de repressão e de policiamento da miséria.

Do ponto de vista das respostas sociais, a problemática da loucura transformou-se na institucionalização da exclusão, enclausurando toda uma massa de indigentes em asilos. Os loucos, juntamente com os que o não são, (os pobres, os vadios, os indigentes, os doentes...), vão ser excluídos da sociedade e internados nas denominadas "Casas de Correção", "Hospitais Gerais", "Workhouses" ou "Zuchthausen", que surgem rapidamente por toda a Europa durante o século XVIII e que aí permanecerão até meados do século XIX (Meseguer, 1982; Foucault, 1987). Estas estruturas designadas por hospitais não são estabelecimentos médicos no sentido que actualmente lhes atribuímos mas antes estruturas jurídicas definidas nos limites da lei entre a polícia e a justiça: "É uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além

dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 1987. pág. 50).

A sua justificação encontra acolhimento no imperativo de trabalho. Rentabiliza-se a miséria e procede-se à defesa social, através do trabalho forçado, da sanção e do controlo moral. Já não se condena a ambição como na Idade Média, mas sim a ociosidade e a improdutividade (Foucault, 1987).

O "grande enclausuramento", que caracteriza este período, não teve qualquer característica caritativa, cingia-se a uma medida repressiva, policial e a uma ideologia de defesa e prevenção da sociedade civil (Fábregas et al.,1978). Prescrevendo quase invariavelmente o trabalho forçado, justificado tanto pela necessidade de funcionamento da instituição como por constituir um meio de sanção e de controlo moral, a instituição asilar liga-se à própria necessidade de reestruturação da sociedade com base nos valores burgueses que a par de poder económico procuram poder político: “Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar” (Foucault,1987, pág.53). Mas, se queremos compreender a forma como nesta época se explica a loucura é necessário questionar para lá daquilo que “para nós parece apenas uma sensibilidade indiferenciada, (que) seguramente era, no homem clássico, uma percepção claramente articulada. É esse modo de percepção que cabe interrogar a fim de saber qual foi a forma de sensibilidade à loucura de uma época que se costuma definir através dos privilégios da Razão. O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reacção diante dos problemas económicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias de coacção” (Foucault, 1987, pág. 56).

Surge na Europa uma nova sensibilidade e conceptualização da miséria, perdendo esta o sentido místico de outrora para passar a ser encarada como um efeito da desordem.

A degradação da sensibilidade e percepção da pobreza faz com que, neste período, a loucura seja encarada no contexto da moral e não no da religião. É ao lado dos pobres, com os quais se atribui à loucura alguma proximidade, que vai ser apreendida, e é ao lado deles que permanecerá, entre os muros do hospital, até final do século XVIII. A Medicina e a Moral apresentam-se simultaneamente, lado a lado, para implementar “o gesto que pune e que cura”. “A era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade.”(Foucault, 1987, pág. 80).

Neste contexto, a experiência da “loucura como doença, por mais restrita que seja, não pode ser negada. Ela é paradoxalmente contemporânea de uma outra experiência na qual a loucura resulta do internamento, do castigo, da correcção. É esta justaposição que constitui um problema”(Foucault, 1987, pág. 117).

A experiência da criação de hospitais específicos para os “loucos” não era nova na história da humanidade. São bem conhecidos os hospitais criados pelos Árabes cujos registos datam do século VII (Cordeiro, 1986; Foucault, 1987) e que parece terem servido de inspiração aos primeiros hospitais que surgiram em Espanha, conforme já referimos atrás (Meseguer, 1982; Foucault, 1987).

Mas se é certo que, em termos gerais, se tentou concentrar todos os pobres, loucos e insensatos em hospícios, por deixarem de ser considerados «expressões de Jesus Cristo», há que considerar que este fenómeno não apresentou uma distribuição uniforme. A Igreja, reformando os seus estabelecimentos e criando novas congregações, de que é exemplo S. Vicente de Paulo, conseguiu reintroduzir a tolerância cristã na forma de lidar com estas pessoas, apanágio de séculos anteriores. Por outro lado, à margem de todos estes procedimentos ligados aos movimentos institucionais, de certa forma antagónicos, quer do Estado quer da Igreja, continuava a manter-se em muitos locais a familiaridade com a loucura e com a miséria, herdada de séculos anteriores. São exemplo disso as pinturas de Ribera que contrastam com tudo que era produzido na época. A miséria e a loucura eram excluídas e repelidas das manifestações artísticas predominantes.

O início do século XVIII caracteriza-se pela emergência, em muitos países europeus, da industrialização e do capitalismo. Com o desenvolvimento massivo das manufacturas impõe-se uma necessidade crescente de mão-de-obra. Neste contexto, o enclausuramento de pessoas aparece como uma medida económica e torna-se imperativa a libertação de todos aqueles que possam trabalhar. No manicómio só vão ficar os loucos porque representam a antítese dos valores defendidos pela Burguesia (Fabregas et al., 1978). “A loucura não rompeu o círculo do internamento (...), dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse a sua morada e pudesse ficar em pé sozinha.” (Foucault, 1987, pág. 384, 385).

Paralelamente, a Europa é confrontada em meados deste século com uma crise que põe em questão toda a organização do pensamento e das sociedades. É o triunfo da filosofia das luzes ou iluminismo, assente na supremacia absoluta da razão no campo do conhecimento. Esta efervescência, denominada por Paul Hazard de crise da consciência europeia (in Tavares, 2000), rompeu com as tradições e preconceitos e procurou introduzir direitos fundamentais e naturais do Homem - liberdade, igualdade e propriedade.

As ideias humanistas saídas da Revolução Francesa (que eclode na sequência desta conjuntura de crise) e todo o contexto subjacente em termos económicos, ideológicos e sociais permitiram que Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Riel na Alemanha, Chiarugi na Toscana, Daquin na Sabóia e outros, pudessem aparecer e reclamar um estatuto particular para os loucos, o de doentes mentais (Pichot et al., 1984). Há autores que nomeiam Pinel (e a revolução francesa), por este facto, o Pai (simbólico) da Psiquiatria, ainda que outros considerem esta atribuição como algo abusiva, pelas rupturas prévias que o iluminismo imprimiu, que consideram marcantes. De qualquer forma é este médico, chefe do Hospital Salpêtrière, o responsável pelo grande desenvolvimento da escola francesa de Psiquiatria, dominante na Europa desta época, construída sobre pressupostos clínicos, nosológicos, administrativos e médico-legais. Sob sua orientação surgirá a lei de 1838 e outras disposições legais que previram as condições médicas e jurídicas do internamento dos alienados e a criação de asilos, construídos, mantidos e controlados por autoridades públicas. Elegeu também o termo “alienação mental” – processo único com

tratamento único, regido pelas leis e factores da fenomenologia das doenças – para substituir o conceito mundano de “loucura” (Tavares, 2000).

Surgem vários trabalhos que inauguram a Psiquiatria, pautados pelo método experimental positivista. Estes avanços em direcção à cientificação da Psiquiatria não vão afectar muito o estado dos loucos que irão permanecer nos asilos. Neste período histórico “É entre os muros do internamento que Pinel e a Psiquiatria do século XIX encontraram os loucos; é aí - não o esqueçamos - que eles os deixarão, não sem se vangloriarem de os terem libertado” (Foucault, 1987, pág. 48). As “amarras” físicas foram substituídas por outras, de carácter moral: constantemente vigiados e controlados, inculcando-lhes, com o intuito de os curar, sentimentos de dependência, humildade e culpa (Fleming, 1976; Fabregas et al., 1978). Este momento histórico vai ligar para sempre o internamento aos loucos, silenciando-os nos asilos onde ficam sós (porque se separam dos pobres, dos vagabundos, dos desempregados...) e se tornam doentes objecto de conhecimento. O internamento torna possível esses famosos remédios morais - castigos e terapêuticas - que serão a actividade principal dos primeiros asilos do século XIX.

As técnicas de tratamento prosseguidas para “curar” os loucos, (jactos gelados sobre a cabeça enquanto o “doente” confessa a sua culpa, cadeira rotatória, sangue fresco injectado, etc.), estão ainda muito distanciadas de uma Medicina científica que já se advoga, o que de certo modo, ainda deixa transparecer os preconceitos e ideologias dominadas pela superstição no domínio das doenças mentais. Esta visão é, em larga medida, tributária de um contexto repressivo e moralista (Tavares, 1996).

Foucault defende que esta mudança da “consciência da loucura” gerada no século XVIII e XIX, deve ser procurada não nas ideias filantrópicas do movimento humanitário e nos progressos da Medicina, mas antes no interior do espaço onde a “loucura” coexistia com a “insanidade” e dela não se distinguia em termos sociais, económicos e políticos, o internamento. “Nenhum progresso médico, nenhuma abordagem humanitária é responsável pelo facto de os loucos serem progressivamente isolados, de a monotonia do insensato ser dividida em espécies rudimentares. É do fundo mesmo do internamento que nasce o fenómeno; é a ele que se deve pedir contas a respeito do que seja essa nova consciência da loucura (...) Consciência política, bem mais do que filantrópica” (Foucault,

1987, pág. 396). Pelo contrário, este movimento simbólico de libertação dos loucos, que imprimiu uma nova configuração ao internamento permitiu que a medicina se aproximasse e apropriasse do asilo, reclamando “as experiências da loucura”: “Não é o pensamento médico que forçou as portas do internamento; se os médicos hoje reinam no asilo, não é por um direito de conquista, graças à força viva da sua filantropia ou da preocupação com a objectividade científica. É porque o próprio internamento aos poucos assumiu um valor terapêutico, e isso através do reajustamento de todos os gestos sociais ou políticos(...)” (Foucault, 1987, pág. 434).

A Psiquiatria surge assim, no horizonte social como uma "ciência" administrativa e coercitiva, ao serviço do Estado, a quem incumbe a tarefa de vigiar e punir os loucos. O médico surge no asilo e constitui-se como instrumento científico que justifica a exclusão social do doente mental. Já não se pretendia combater a loucura pela violência mas pela moral, inculcando aos loucos valores morais e sociais, pilares em que assentava toda a ordem capitalista (Fleming, 1976; Fabregas et al. 1978).

O avanço progressivo das ciências exactas ou naturais (sobretudo das físico-químicas), fez com que ao longo do século XIX o tratamento de ordem moral fosse sendo substituído pelas às terapêuticas medicamentosas. Juntaram-se às tradicionais funções do asilo (jurídica, moral e social) a função médica. À loucura reconhece-se o estatuto de doença e à Psiquiatria o de ciência especializada (Pélicier, 1982).

A Psiquiatria enquanto ciência constitui-se sob a égide das ciências naturais que advogam a neutralidade e exactidão científicas capazes de proporcionar através da observação e experimentação, a descoberta das leis naturais e irrefutáveis. Estabelece-se entre médico e doente uma relação unidireccional que visa recolher informação exacta de modo a descrever os comportamentos dos doentes, que por sua vez são convertidos num discurso psiquiátrico, que categoriza e classifica a loucura, convertendo-a em doença. A loucura adquire o estatuto não mais de profanação irracional, mas de objecto.

No dizer de Foucault, “o louco ‘libertado’ por Pinel e, depois dele, o louco do internamento moderno, são personagens sob processo. Se têm o privilégio de não mais serem misturados ou assimilados a condenados, são condenados a estar, a todo o momento, sujeitos a um acto de acusação cujo texto nunca é revelado pois é toda a vida no

asilo que o formula. O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica Pinel, não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até aos nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral” (Foucault, 1987, pág. 496).

Os estudos proliferam, tendo por base o positivismo como corrente teórica base, o que levará ao desenvolvimento da Psiquiatria “somaticista”, “organicista”, que considera a loucura uma doença mental, de origem orgânico-cerebral. Pinel dividiu as doenças mentais em mania, melancolia, demência e idiotia. Mais ou menos pela mesma altura Esquirol funda a Escola Francesa, de orientação clínico-descritiva e experimental, que ao longo do séc. XIX se orientou para a identificação das unidades nosológicas como agrupamentos de sintomas variantes da enfermidade mental. Bayle desenvolveu a tese que considerava a alienação mental sintoma de inflamação crónica da aracnóide e mais tarde isola a alienação essencial (paralisia cerebral) como única doença com diferentes fases evolutivas, tornando-a o modelo por excelência ou o protótipo anatomo-clínico da doença mental. Em 1825, Charcot, médico não alienista, estudando casos considerados fora do âmbito da alienação mental (neurose e epilepsia) fez evoluir a medicina geral para a neurologia e esta para o estudo dos problemas psiquiátricos. Influenciado pelas teorias darwinistas, Morel criou a teoria da degenerescência psíquica. A este tipo de doenças, segundo o autor, pertenceria a esquizofrenia. Morel e os seus colaboradores constituíram um modelo biológico da etiologia da doença mental que tem em conta a hereditariedade e o meio e integra as causas e as manifestações psicológicas e somáticas.

Na mesma época, a Psiquiatria Alemã seguiu uma direcção diferente. Comparando o pessimismo da teoria da reminiscência de Morel ao declínio político e social da França, a orientação do pensamento psiquiátrico com bases na filosofia vai-se centrar no somático. Depois de Griesinger, a doença mental é considerada uma doença do cérebro e a loucura um sintoma de lesão de patologia cerebral. Com base em inúmeros estudos no campo da anatomopatologia, da neuroanatomia e neurofisiologia, a escola alemã dedica-se em particular à descrição, classificação e sistematização dos transtornos mentais. É nesta

lógica que Kahlbaum e Hecker criam a hebefrenia e catatonia. Kraepelin com base nestes estudos emancipa a Psiquiatria como disciplina autónoma e nas suas sucessivas edições do Tratado de Psiquiatria, partindo da observação de doentes internados vai chegar a uma classificação científica, descritiva e nosográfica das doenças mentais (Garraabé,1997).

Nos finais do Séc. XIX, Freud vai marcar toda a psiquiatria do século seguinte e ficar para sempre nas primeiras filas das personalidades mais marcantes da história da psiquiatria. Este médico neuropatologista introduz conceitos importantes como o inconsciente e lançou as bases da psicopatologia.

Já no século XX, Eugen Bleuler e Carl-Gustav Jung, baseados na psicanálise nascente de Freud, propõem uma concepção diferente para o grupo das psicoses - a esquizofrenia - lançando o movimento psicanalítico. Na cena psiquiátrica duas correntes de pensamento se confrontam: os “organicistas e os psicodinâmicos”. Os primeiros tentam ligar directamente os sintomas observados a lesões no cérebro. Os segundos são partidários da abordagem que privilegia o estudo desses sintomas do ponto de vista do seu sentido relacionando-o com as alterações do funcionamento psíquico (Garraabé, 1997).

Com os asilos psiquiátricos um outro problema se coloca às sociedades: a institucionalização ou cronificação, problema a que só depois da 2ª guerra mundial se procurará dar resposta. As críticas que se levantam relativamente às condições de vida dos doentes mentais nos asilos aumentam face à constatação do agravamento das doenças mentais nos próprios asilos. Neste contexto surgem respostas alternativas, encabeçadas por movimentos surgidos na Inglaterra, que ficaram conhecidos por “no-restraint” e “open-door”.

O “no-restraint”, no século XIX, apresenta-se como um método que propõe um “sistema de coacção nula”, manifestando preocupação em diminuir o sofrimento do alienado e exigindo uma supressão da utilização dos meios de coacção corporal. Atribui-se a Conolly na Inglaterra a origem do movimento. No entanto, alguns autores defendem ter sido Tuke, também na Inglaterra, que ao fundar o “retiro de York” no século XIX iniciou a implementação dos ideais “no-restraint”.

O “open-door” ou “asilos de portas abertas”, também foi desenvolvido no séc. XIX, mas posteriormente ao “no-restraint” no Reino Unido e origina uma reforma



importante do sistema asilar. "Uma vez abolidos os meios de constrangimento corporal, aumentando o número de enfermeiros, colocados os doentes no exterior (...) só havia um passo a dar para renunciar às portas fechadas, o que os nossos amigos escoceses fizeram" (Hermet, 1981, pág. 447). O "open-door" altera significativamente não só a configuração mas sobretudo a estrutura e funcionamento do Asilo: portas abertas sem chaves, demolição de muros, eliminação de grades exteriores, eliminação da coerção física. Esta abertura repercutiu-se não só nos doentes mas também nas suas famílias: liberdade na saída de doentes; liberdade na entrada das famílias. Estas experiências não estavam generalizadas e, por sua vez, viriam somente a gerar impacto em pleno século XX.

Progressivamente os factores psicológicos adquirem um papel predominante na abordagem da doença psíquica e as neuroses ganham importância e passam a constituir um dos grandes sectores clínicos da Psiquiatria. A doutrina psicanalítica vem provocar uma ruptura na exclusividade das teorias organicistas. A doença já não seria apenas o resultado de malformações genéticas ou orgânicas, mas também um estado de perturbações afectivas ligado à história infantil.

### **1.1.3 Movimentos de renovação psiquiátrica no século XX: a queda do sistema asilar e a eclosão da psiquiatria comunitária.**

Durante o século XX, apesar do terreno psiquiátrico estar dominado pelas teses organicistas, os estudos psicológicos (Wundt, Watson, Pavlov, etc.) começaram a ter cada vez mais adeptos e o período que vai dos finais do século XIX até à II Guerra Mundial ficou marcado por uma dualidade científica em que se confrontavam as teses psicanalíticas e as teses organicistas.

A Psicologia, como ciência e ramo independente da filosofia vai nascer na articulação entre o Séc. XIX e o Séc. XX, com Ribot na França e Jaspers na Alemanha. Pode dizer-se, em termos genéricos, que a Psicologia francesa nasceu da Psiquiatria, a alemã da Filosofia, a inglesa da Estatística e a americana foi marcada pelo funcionalismo (Pichot et al., 1984). O aparecimento da Psicologia "pôs o problema de saber em que medida o estudo e o tratamento de uma anomalia psíquica, de uma perturbação do

comportamento, pertenciam à exclusiva jurisdição da Medicina; reivindicações análogas são apresentadas pelos membros não médicos do que hoje se chamam as «profissões da saúde» e especialistas das ciências sociais” (Pichot et al., 1984, pág. 12).

A «história da Psicologia experimental» de Boring, no capítulo dedicado ao comportamentalismo, coloca lado a lado a Psicologia objectiva, representada pela reflexologia russa, o behaviorismo americano e o operacionalismo, três movimentos que irão influenciar a Psiquiatria e a forma de entender e lidar com fenómeno da doença mental. Pode-se dizer que a contribuição mais efectiva da Psicologia experimental foi o aperfeiçoamento e a construção de numerosos testes que possibilitaram uma leitura mais sistematizado e pragmática da doença mental. São disso exemplo o “Personal Data Sheet”, desenvolvido por Woodworth, em 1918, feito com perguntas e respostas fechadas para avaliar tendências neuróticas; o “Minnesota Multiphasic Personality Inventory”, descrito por Hathaway e Mckinley, em 1940, que viria a ser um dos mais aplicados em Psiquiatria; o “Psychodiagnostik”, criado por Rorchach, em 1920, com base na ideia de que a personalidade e os seus desvios psicopatológicos se refletem nas determinantes e no conteúdo das percepções do indivíduo; a “Escala de Bellevue”, o primeiro teste de inteligência, desenvolvido por D. Wechsler em 1939; entre muitos outros criados por outros autores( Pichot et al., 1984).

Por outro lado, há quem considere que o aspecto mais marcante do período que vai da primeira grande guerra ao final da segunda está relacionado com o nascimento das terapêuticas biológicas. São disso exemplo os estudos desenvolvidos por Oskar Vogt na Rússia (1925) que procurou traçar a carta arquitectónica do córtex, as conclusões tiradas por Kleist (1934) a propósito da crise epidémica, que possibilitou construir uma psicopatologia geral na base da patologia cerebral, os estudos genéticos aplicados à psiquiatria desenvolvido por Rudin, os tratamentos desenvolvidos por Wagner Von Jauregg em 1927, que viria a receber um Prémio Nobel por isso e a constituir o único psiquiatra a ganhá-lo até então. As técnicas operatórias no tratamento de algumas psicoses desenvolvidas pelo neurologista português Egaz Moniz (1936), entre outros, procuraram modificar a atmosfera de pessimismo existente na época no tratamento dos doentes internados nos hospitais (Pichot et al., 1984).

Segundo Garrabé (1997) entre as duas guerras, apesar do progresso dos conhecimentos teóricos sobre a “doença mental” e do desenvolvimento de novas terapêuticas (terapias de choque, psicoterapias, alguns medicamentos, entre outras), a assistência aos doentes mentais ficou centrada na instituição asilar ou em Hospitais Psiquiátricos (como se passaram a designar).

H. Simon desenvolve na Alemanha, entre 1876 e 1921, eventualmente relacionado com as consequências da 1ª Grande Guerra, um sistema de intervenção terapêutico que tinha como principal fundamento a utilização do trabalho e a ocupação. Paralelamente, como consequência também da guerra, nasce na América, aplicada à psiquiatria, a Terapia Ocupacional. O governo americano apela para que os terapeutas reponham em condições os feridos e neuropatas da guerra através do trabalho terapêutico.

Em 1910 é fundada a Associação Internacional de Psicanálise e pode-se considerar que Freud, num contínuo de publicações, por volta de 1925, dá por consolidado e acabado o edifício psicanalítico.

Assiste-se, no início do século XX nos EUA, ao desenvolvimento das técnicas de grupo, produto do desenvolvimento que experimentou a psicologia social. Wender e Schilder introduzem conceitos analíticos nos tratamentos de grupo e Moreno começa a desenvolver técnicas psicodramáticas e sociométricas que irão dar origem ao que ficou conhecido como método sociométrico (Melo, et al., 1981).

Adolfo Meyer critica à Psicanálise o facto de estar afastada da comunidade. Partindo inicialmente de uma orientação exclusivamente anatomo-patológica, Mayer tornou-se defensor de uma abordagem pluralista da Psiquiatria. É nesta lógica que nasce na Phipps Clinic, dirigida por ele, o Behaviorismo, quando o psicólogo J.B. Watson publicou «Psychology as the Behaviorist Views it» e em 1909, Adolf Mayer empregou o termo «Psychobiologie» para designar e enquadrar a sua doutrina (Pichot et al., 1984). Este notável médico, dotado de um pragmatismo singular ficou também ligado a uma nova organização das instituições psiquiátricas que passaram a desenvolver a sua actuação não só a nível do tratamento, mas também da reabilitação e da prevenção, exigindo deste modo a articulação com a comunidade (Melo et al., 1981). A sua influência foi determinante para o futuro de numerosos domínios, sendo considerado por muitos o pai da

Psiquiatria americana. Em 1908, encorajou Clifford Beers, que estivera três anos num hospital psiquiátrico a publicar «Um Espírito que se Encontrou», que marcou a origem de um novo entendimento deste fenómeno, que procurava dar maior importância à integração da Psiquiatria na vida social.

Nasce assim, o movimento que nos EUA ficou conhecido de Higiene Mental, cuja filosofia pretende a integração da Psiquiatria na vida da comunidade. Este movimento, primeiro nos EUA e depois na Europa, vai promover a criação de métodos de prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais e vai lançar as bases da Psiquiatria comunitária (Melo et al., 1981)

Nas primeiras duas décadas do século XX começa a eclodir em França um movimento no âmbito de uma perspectiva social da psiquiatria que preconiza um entendimento da doença mental mais amplo e que portanto se assume como um movimento de questionamento e de ruptura com a estrutura existente. Introduzem-se alterações à lei de 1838 por nós já referida, que só será revogada em 1990. Nesta linha é criado em 1920 o Comité de Higiene Mental que começa a questionar o internamento de doentes cujas perturbações não o justifiquem. É criado, no Hospital de Sainte-Anne, um serviço aberto que introduz uma abordagem nova na assistência psiquiátrica: as deslocações de trabalhadores sociais ao domicílio (Tavares, 1996).

Em Inglaterra, até 1930 os serviços de saúde mental apresentam-se com as características essenciais dos asilos, muito embora o movimento de contestação a este sistema asilar continuasse a ganhar cada vez mais adeptos. A partir deste ano, com o “Mental Treatment Act” e com o facto do internamento dos doentes nos hospitais passar a ser voluntário, abre-se caminho, criando-se condições para não só a abertura da Psiquiatria às ciências sociais mas também à assistência que vê os cuidados ambulatoriais crescerem (Corces et al., 1977).

Neste período, caracterizado também pelos progressos na investigação psiquiátrica (interesse pela epidemiologia e pela metodologia) podem-se, distinguir duas estratégias: uma que coloca a tónica no Hospital Psiquiátrico e que privilegia a instituição, a outra que enaltece o território, a região e que privilegia o “fora” do hospital (Minguzzi, 1977).

A Psiquiatria Social desenvolve-se sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial

através das Comunidades Terapêuticas, da Psiquiatria de Sector, Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria Comunitária e de Higiene Mental. As respostas tradicionais (Asilos e Hospitais Psiquiátricos) além de serem cada vez mais criticadas, já não conseguem responder às necessidades, visto que com o pós-guerra o número de pessoas com problemas psiquiátricos aumentou (Melo et al., 1981).

Rapoport (1974) designa este período em que se assiste ao grande desenvolvimento da psiquiatria social de 3ª revolução psiquiátrica, já que a tónica se desloca dos cuidados estritamente médicos (1ª revolução) e das abordagens psicodinâmicas (2ª revolução) para a utilização de métodos de grupo e da terapia pelo meio. Uma das estratégias implementadas neste âmbito e que foi fortemente responsável pelo desenvolvimento da psiquiatria social é “a Comunidade Terapêutica que centra a sua intervenção no tratamento através das interacções normais numa vida saudável em comunidade” (Rapoport, 1974, pág. 26). Segundo Schittar (1977) pode considerar-se Conolly como o pioneiro deste tipo de abordagens que iriam levar, mais tarde, Maxwell Jones às Comunidades Terapêuticas. De facto, é na Inglaterra que a Comunidade Terapêutica se desenvolve enquanto método social no contexto da II Guerra Mundial precipitadora do aumento do número de doentes. Em termos políticos, os Trabalhistas no Governo levam à adopção de algumas leis e medidas a nível da segurança social (o National Health Service e o Disabled Persons Act de 1944), que cria um programa de reabilitação que parte e se efectiva do exterior do Hospital (Schittar, 1977).

M. Jones apresenta-a como o método da “readaptação social” e justifica a sua relevância fazendo referência ao conceito de “aprendizagem social”. Este “pode aplicar-se igualmente à interacção social que se exerce entre os doentes, entre os membros do pessoal e entre uns e outros. O conceito designa não somente a interacção social no meio hospitalar, mas também na comunidade exterior” (Rapoport, 1974, pág.15).

R. Williams explica que o termo de readaptação foi utilizado em psiquiatria como “uma forma de terapia que tem por fim essencial ajudar o doente a assumir um papel social óptimo (na família, no trabalho ou na comunidade em geral), nos limites das suas capacidades e das suas potencialidades” (in Rapoport, 1974, pág. 30)

Segundo Rapoport (1974) a Comunidade Terapêutica de M. Jones, considerada de cariz revolucionário, uma vez que instaura uma ruptura com as estruturas tradicionais, apresenta quatro características fundamentais: democratização, permissividade, comunidade de intenções e de fins, e confronto com a realidade.

Clark (in Schittar, 1977) refere que o desenvolvimento deste método que traduz a psiquiatria social levou ao aparecimento de vários modelos de Comunidade Terapêutica. Contudo, identificou características comuns entre eles, que vão da liberdade de comunicação à análise da dinâmica interpessoal de tudo o que acontece na comunidade, tendência para a destruição das relações de autoridade e poder tradicionais, promoção de situações de reeducação social, quer espontâneas quer estruturadas e ainda a existência de uma reunião quotidiana com toda a comunidade.

Para Shittar a Comunidade Terapêutica apresenta-se como uma resposta alternativa que parece resolver as contradições que permeiam a psiquiatria institucional – por um lado a necessidade de tratar os doentes mentais e por outro a necessidade social de os vigiar e excluir: “sob o pretexto de acabar com as estruturas desumanas do asilo de alienados, sociólogos e psicólogos da organização parecem ter encontrado o meio de aplicar no domínio da psiquiatria institucional as técnicas (de grupo) que se revelam tão eficazes na gestão da economia neo-capitalista sem tocar no entanto no poder opressivo da sociedade” (1977, pág. 149).

O desenvolvimento e os resultados de impacto que este modelo imprimiu foi de tal forma importante que, em 1953 um *Comité de Peritos da Organização das Nações Unidas* que estudou as organizações psiquiátricas dos estados membros concluiu que o Hospital Psiquiátrico deveria ser uma Comunidade Terapêutica e portanto deveria traduzir princípios como a salvaguarda da individualidade dos doentes, a aposta na confiança e reconhecimento de que os doentes têm capacidades de serem responsáveis e de terem iniciativa e ainda a utilização de algumas estratégias de ocupação (OMS, 1953).

Na Inglaterra a viragem da psiquiatria para a comunidade é reforçada em 1959 com o “Mental Health Act” (Corces et al., 1977), possibilitando a introdução da família na abordagem da doença mental. No âmbito da psiquiatria vão-se desenvolver estudos sobre a família influenciados por vários movimentos como a Escola de Palo Alto nos EUA com

a sua vertente de orientação familiarista representada por Haley e Bateson (terapias familiares sistémicas); pelo movimento da antipsiquiatria que se começa a desenvolver (Esterson e Laing) e pelos trabalhos da Tavistock Clinic (Corces et al., 1977). Segundo Corces (1977, pág. 98), a família transforma-se o “centro do trabalho psiquiátrico. A família e os conflitos nela gerados reflectem os valores e as contradições culturais da comunidade”, é portanto aí que reside o fulcro de todo o trabalho de análise e intervenção.

Estudos sobre o início e curso da esquizofrenia tendem a implicar a família como entidade responsável na patogénese da doença (Left, 1979, citado por Falloon et al., 1985). Bateson et al. (1956) referenciaram a esquizofrenia como resultado da comunicação em “double bind” na família. Laing e Esterson (1964) consideraram a esquizofrenia como uma resposta válida e compreensível a pressões particulares exercidas pela família ou sociedade. Neste contexto teórico, o comportamento patológico que surge na família só tem significado quando visto como uma resposta homeostática do sistema. Deste modo a família patológica é aquela em que as interações se repetem, não há flexibilidade e se procura a unidade sem permitir a diferenciação psicossocial dos seus membros. A intervenção deixou assim de estar só centrada no indivíduo e seus comportamentos, mas nos processos de interligação que no contexto familiar tornam pertinentes estes comportamentos.

Outra forma de leitura que reforçou a introdução da família no processo terapêutico esteve relacionada com a forte perturbação verificada no sistema familiar quando é diagnosticada a doença mental. A doença, seja ela do foro mental ou não, afecta a dinâmica familiar, que tem de se reorganizar no sentido de assegurar as tarefas que anteriormente eram desempenhadas pelo elemento doente, para além de ter de tratar dele. Esta situação gera fortes tensões vividas muitas vezes com angústia e receio em relação ao futuro, conduzindo à adopção de determinadas atitudes pela família, que podem englobar “o registo duplo, rejeição, protecção, indiferença, conflito (consciente ou inconsciente) perturbação do processo patológico” (Gomes, 1986, pág.14).

Partindo do princípio que o homem se desenvolve e se encontra integrado no meio em que decorre a sua vida, a Psiquiatria comunitária tenta aplicar os modelos da Medicina social e da saúde pública à Psiquiatria clínica, de forma a responder às necessidades

psiquiátricas comunitárias. Por outro lado, procura também identificar os factores ambientais que determinam ou influenciam a incidência da doença.

O fim da IIª Grande Guerra marcou uma transformação da situação política e económica internacional, originando o aparecimento do termo «super-potência» para designar os Estados Unidos e a U.R.S.S., ao mesmo tempo que se iniciava o processo de «descolonização», dando origem a numerosos estados. Tais acontecimentos conduziram a uma alteração do equilíbrio mundial, consubstanciada por um protagonismo americano que condicionou indiscutivelmente a evolução da psiquiatria. De qualquer forma, de uma maneira ou de outra, todos os movimentos desencadeados após a IIª Grande Guerra, vêm dar uma nova importância aos factores sociais, o que implica uma nova redefinição de papéis nas estruturas hospitalares e comunitárias, assim como vem dar ênfase ao papel do próprio doente, não mais objecto de conhecimento e de medidas, mas sujeito da sua própria recuperação.

É assim nos EUA que, pela primeira vez na história, um Presidente consagra uma mensagem à assistência psiquiátrica. Foi J.F. Kennedy que, na sua mensagem enviada em 1963 ao Congresso dos EUA, enfatiza a prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais como responsabilidade comunitária e não somente dos indivíduos e suas famílias (Baert, 1978 ; Caplan, 1980). Esta mensagem foi possível devido a um trabalho prévio, de fundo, que referencia a abolição do Hospital Psiquiátrico como um imperativo. Solomon (in Caplan, 1980), na década de 50, tinha já chamado à atenção para a necessidade de dismantelar quanto antes, os grandes Hospitais Psiquiátricos, substituindo-os por várias agências comunitárias estreitamente vinculadas aos Hospitais Gerais.

Nos anos 40 e 50 desenvolvem-se várias pesquisas epidemiológicas que apontam para a correlação preponderante entre as doenças mentais e os factores sócio-culturais (Woodward, 1948; Leighton, 1959 in Caplan, 1980). Outros estudos efectuados no âmbito da prevenção primária dos distúrbios mentais, desenvolvidos na década de 60, perspectivam como já referimos, a família como centro da investigação e apelam não só a factores biológicos mas também psicossociais e sócio-culturais (Caplan, 1980).

A política de Assistência Psiquiátrica prevê então a criação de “Community Mental Health Center” (CMHC) e a desactivação dos grandes Hospitais Psiquiátricos. A



partir do pragmatismo americano, caracterizado pela importância dada à definição de objectivos a curto prazo, pela tendência para resolver os problemas por adição de novas estruturas e pelo culto da mudança, constitui-se uma rede de serviços coordenada de uma forma pluridisciplinar e articulada funcionalmente. Segundo Baert (1978) cada CMHC deve contar com cinco serviços essenciais: um serviço de hospitalização, um dispensário, um serviço de hospitalização parcial, um serviço de urgência, conferências e programas de educação.

Esta orientação da Assistência nos EUA desenvolveu-se também na Europa, sobretudo a partir da França mas que rapidamente se expande para outros países. No contexto desta filosofia, a Psiquiatria de sector, desenvolvida na França, assumiu como principais objectivos o prestar assistência aos doentes mentais precocemente (apoando os doentes crónicos a nível não só médico mas também social) e evitar a desadaptação provocada pelo afastamento do doente em relação ao seu meio, promovendo para este fim a criação de estruturas a nível da comunidade e evitando a hospitalização. Contudo "esta penetração da Psiquiatria na comunidade pode evitar o afastamento brutal e contínuo do doente do seu meio habitual, ou conseguir a sua rápida readaptação social, mas no fundo não evita a segregação alienante, que continua a existir, embora de uma forma mais subtil que antes" (Fábregas, 1978).

É de salientar também, que este movimento se transformou nos anos 60 em política oficial de muitos países, incluindo Portugal.

Por outro lado, Minguzzi sensibiliza para um aspecto que pode resultar desta estrutura que a Psiquiatria de sector propõe, em sua opinião perigoso e que se relaciona com a possibilidade de psiquiatrização das necessidades sociais, ou seja "actuando fora do hospital chega-se a verificar que existem necessidades sociais e políticas - por exemplo a necessidade de uma classe, de uma escola(...) É verdade que há um problema de habitação num bairro de lata(...) mas não se pode responder a esses problemas com iniciativas e rótulos psiquiátricos(...) Assim, se teoricamente, a actuação no território é boa, corre o risco de psiquiatrizar essas necessidades"(Minguzzi, 1977, pág. 77).

Com a abertura dos Centros de Saúde Mental resultantes do acto Kennedy, com as hipóteses sobre a origem da loucura da escola inglesa, bem como com os trabalhos

psicossociais de Goffman (entre outros) e as críticas institucionais de Basaglia, desenvolveu-se o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que possibilitou não só o aumento e generalização das críticas ao anterior sistema e consequente ruptura com este, mas também um investimento na sofisticação e eficiência dos psicofármacos. Não nos podemos esquecer que é nos anos 50 e seguintes que se vão dar grandes progressos a nível da psicofarmacologia, pois foram introduzidos tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, etc. Estas inovações vão permitir que a Psiquiatria Social nas suas várias correntes e métodos enunciados acima, obtivesse um grande desenvolvimento, quer a nível dos tratamentos quer a nível da própria assistência asilar.

Também em França, Herman Simon, Tosquelle e seus adeptos defendem a "psicoterapia institucional", movimento de renovação da Psiquiatria cujas bases lançaram Pinel e Esquirol. O objectivo dos defensores deste movimento era promover a recuperação dos doentes a partir da modificação interna dos Hospitais, criando uma rede de instituições menos rígidas que permitissem um melhor tratamento do doente, estimulando a sua integração em organizações de grupos, "ateliers", lugares de animação e introduzindo no seu seio os princípios da psicanálise. Justificam as bases do seu movimento na leitura que fazem das instituições existentes, redigindo críticas que se apoiam essencialmente nas más condições materiais, físicas e humanas dos Hospitais Psiquiátricos (Fleming, 1976 ; Fábregas et al., 1978).

Estes movimentos iriam influenciar um outro, de cariz socio-político, que se desenvolveu nos anos 60 e 70, conhecido por "Antipsiquiatria" e que surge como "um novo movimento contestatário dentro da psiquiatria instaurando uma contraprática psiquiátrica e um contra-sistema de tratamentos, fazendo uma verdadeira crítica em actos das instituições tradicionais" (GODIP, 1977, pág. 118). Os seus percursores mais conhecidos são na Inglaterra Laing, Cooper e Esterson, na Itália Franco Basaglia e nos Estados Unidos Szasz.

Um aspecto que constitui um ponto comum entre os vários autores que se enquadram neste movimento, e que iremos aqui analisar e caracterizar, é o facto de todos eles terem recorrido à esquizofrenia na organização das suas teses, em torno da qual questionam não só o conceito de doença mental, as práticas terapêuticas e as estruturas de

assistência psiquiátrica: “Ao organizar parte significativa dos seus enunciados sobre a esquizofrenia, a antipsiquiatria atinge o núcleo da psiquiatria, fala de dentro dela” (Gameiro, 1992, pág. 53).

Em torno do movimento de antipsiquiatria podemos identificar três correntes teóricas. Uma delas, desenvolvida na Inglaterra (Laing, Cooper e Esterson) e tendo por base a fenomenologia, parte da ruptura com a doença mental enquanto objecto. Defendem uma atitude de “compreensão” que se afasta da atitude de “observação”. Compreender significa que o terapeuta tem de entrar no “mundo” da pessoa doente, tem que quase incarná-lo. Ou seja, despir-se dos seus próprios preconceitos e formas de perspectivar os outros para poder abordá-lo na sua totalidade (Laing, 1976). No seu livro “The Divided Self” Laing introduz a noção de continuidade, isto é, considera que qualquer um pode vir a ser esquizofrénico, solicitando até que se devia recorrer às habilidades psicóticas individuais na tal atitude de compreensão referida anteriormente. Estas considerações procuravam demonstrar que não havia diferença nem ruptura entre os loucos e os que não eram no momento considerados como tal e tinham como principal fundamento dismantelar o sistema psiquiátrico clássico e arrastar na sua queda as noções que até então pareciam imutáveis de normalidade e loucura. Em termos gerais criticaram a Psiquiatria por esta ser objectivante e fragmentar as pessoas com as suas observações categorizantes e portanto parcelares. Deste forma propõem que a doença mental e portanto a esquizofrenia, sejam analisadas e percebidas no contexto familiar a partir do qual os seus discursos ganham sentido e são passíveis de serem compreendidos (Cooper, 1971). Cooper, à semelhança de Laing e Esterson (GODIP, 1977; Gameiro, 1982), chama à atenção para a esquizofrenia enquanto veículo problematizador de todo o sistema psiquiátrico. Cooper (1971) referencia a esquizofrenia como uma crise micro-social em que se processa à identificação de um indivíduo como “doente mental” no contexto de relações familiares culturalmente determinadas e que originam, segundo um processo de rotulação mais ou menos arbitrário, a confirmação pelos médicos. Neste enquadramento propõem alternativas aos Hospitais para efectuar o “seguimento” de pessoas com “problemas” psiquiátricos: “As casas comunitárias são as novas estruturas terapêuticas. O espaço terapêutico é delineado numa organização sem hierarquias nem competências em

que as fronteiras entre o sistema terapêutico e o sistema cliente se esbatem” (Gameiro, 1992, pág. 63).

Outra corrente no seio da Anti-psiquiatria foi desenvolvida por Franco Basaglia que originou, nos anos 70, um movimento conhecido por Psiquiatria Democrática (GODIP, 1977). A partir do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, dirigido por Basaglia, constituiu-se um marco muito importante na luta anti-institucional, de desinstitucionalização, em grandes números, de doentes e ainda de criação de estruturas assistenciais baseadas neste deslocamento da doença, do Hospital para a Comunidade, assistindo-se na Itália desta época, a uma explosão de cooperativas de doentes. Basaglia, na linha de Goffman, justificou estas medidas por considerar os Hospitais Psiquiátricos, instituições de violência onde os médicos e os outros técnicos são agentes repressivos, administradores da violência, ao serviço das classes dominantes, cuja função social é a de controlar os desvios. A este propósito refere que “...a psiquiatria é um elemento de repressão, e não de libertação, porque o médico tem esta teriaga de poder: assegura que cura o corpo do doente, mas não dá ao homem a possibilidade de se reapropriar do corpo perdido, ao tornar-se objecto nas mãos do médico do manicómio” (Basaglia, 1977, pág. 40).

Szasz, nos Estados Unidos da América, sendo mais incisivo e corajoso que os Ingleses, desenvolve a sua perspectiva assente nos pressupostos que a doença mental não é uma doença no sentido que a Medicina clássica a define e portanto, não o sendo, não se justificam Hospitais Psiquiátricos, não se justificam psiquiatras, nem estruturas específicas para tratar algo que não existe (Szasz a)1979). De uma forma objectiva e pragmática Szasz problematiza a situação, levantando dúvidas se perante determinadas situações em que não é possível identificar e demonstrar lesões físicas e orgânicas se poderia considerar a existência de doença. De qualquer forma, no caso da doença mental essa demonstração não é linear nem possível. É a partir deste questionamento do conceito que Szasz vai por em causa a própria Psiquiatria e as práticas psiquiátricas assim como as próprias estruturas assistenciais onde se desenvolve por as considerar ilegítimas e desnecessárias. Szasz, procurando denunciar a violência exercida sobre os esquizofrénicos e os danos causados pelo «imperialismo da norma», refere que a Psiquiatria, os seus técnicos e as instituições a

eles ligadas deixam de se justificar porque os rotulados “doentes” não têm nenhuma doença: “As intervenções psiquiátricas visam problemas morais e não médicos (...) A ajuda psiquiátrica procurada pelo paciente tem, juntamente com a intervenção psiquiátrica que lhe impõem, a mesma relação que as crenças religiosas professadas voluntariamente com as que são impostas à força” (Szasz, 1979 a), pág. 15,16).

Em termos gerais, os Anti-psiquiatras introduzem um modelo alternativo de explicação do fenómeno da loucura em que esta passa a se encarada e conceptualizada como um produto social, moldado por uma sociedade onde a Psiquiatria tem como função a manutenção e a defesa de uma certa "normalidade" adaptada à ordem estabelecida. Sendo a sociedade responsável pela produção e definição da doença mental e sendo esta o resultado das condições degradantes de vida, da deterioração dos laços sociais, etc., então é a própria sociedade que está doente, não os indivíduos. Estes apenas a contestam e questionam, refugiando-se num mundo alternativo que criam (Fleming:1976; Basaglia,1977; Fabregas et al., 1978). Como diz Szasz não há loucos, as sociedades é que o são.

O número de doentes internados nos asilos e hospitais diminuiu e nos últimos quase trinta anos foram surgindo alternativas institucionais (Gameiro, 1992) ao asilo e hospitais psiquiátricos (o ambulatório, os hospitais de dia, a Psiquiatria nos hospitais gerais, e outras estruturas comunitárias de suporte) que instauraram nas sociedades capitalistas novas formas de integrar esta problemática que actualmente a sociedade percebe como mais “humanizadas” e eficazes no controle do fenómeno.

A resposta ao problema da cronificação dos doentes nos hospitais psiquiátricos e asilos trouxe-nos a desinstitucionalização e com ela novas necessidades assistenciais, o que levou à criação de estruturas comunitárias de suporte. Com estas, novos problemas surgiram, dado que muitas delas funcionavam exactamente nos mesmos moldes dos do hospital e a única mudança que se efectuou foi a transferência do doente de um sítio para o outro: “Criaram-se novas instituições, que sob o disfarce de lares se transformaram em casas para crónicos” (Gameiro, 1992, pág. 85). O princípio de integração de pessoas com doença mental que residiam desde há muito nos hospitais psiquiátricos, nas estruturas comunitárias, numa lógica de melhoria da sua qualidade de vida era assim subjectivado,

deixando de ser considerado como uma verdade absoluta.

O doente mental transformado num contestatário social (Cooper), num sobrevivente da patologia familiar (Laing), num bode expiatório social (Foucault), numa consequência de contradições sócio-económicas (Basaglia) ou num mito criado pela ideologia psiquiátrica (Szasz) foi alvo de profundas contradições e ambiguidades na forma como sempre foi encarado, personificado, na forma como as diversas sociedades leram, lidaram e continuam hoje a ler e a lidar com o fenómeno da “doença mental”.

Como vimos, não foi fácil erigir a noção actual de doença mental. Entre mil vicissitudes e dificuldades, foi necessário o respeito pela pessoa humana dos cristãos, a atitude científica do racionalismo, a crítica do idealismo filosófico, o individualismo da revolução francesa e a compreensão actual da posição do homem no mundo social para que se chegasse à leitura actual deste fenómeno, que continua num contínuo evolutivo a ser estudado e transformado.

Tendo sido retratado o modo como a doença mental foi encarada em diversos tempos e por diversas culturas, iremos de seguida analisar a evolução operada na sociedade portuguesa, na forma de encarar este fenómeno.

## **1.2. A Evolução da Loucura em Portugal**

Nesta parte do trabalho iremos referenciar apenas os acontecimentos históricos mais significativos da introdução da assistência aos doentes mentais no nosso país e das ideias mestras que orientaram a prática clínica, o ensino e a investigação deste fenómeno. Não existem ainda muitos estudos monográficos de historiografia que abordem este tema e que permitam situar com rigor a sua evolução no contexto sociocultural e económico-político a que está intimamente ligada. Foram, aliás, certas dificuldades históricas, ligadas ao necessário triunfo e estabilização do Liberalismo no séc. XVIII, que retardaram por quase cinquenta anos a introdução, entre nós, dos grandes avanços que iam ocorrendo nesta área e do aparecimento das tão necessárias instituições oficiais de assistência aos “Loucos”. Em Portugal a “história da loucura” é muito semelhante à do resto da Europa. Tal como em outras partes foi necessário ultrapassar preconceitos e representações

enraizados, muito deles de sustentação arcaica, mítica e religiosa sobre a forma como foi entendido o fenómeno da loucura.

Segundo Melo et al. (1981, pág. 359) “A primeira notícia sobre o tratamento dos loucos em Portugal (...) data de 1539 e consta de um documento em que nos diz que os doentes mentais eram tratados no Hospital de Todos-os-Santos”.

Em 1601, com D. Filipe II de Portugal, a segregação social dos loucos aumenta bem assim como o aumento do número de casas a eles destinadas. “Isolados da comunidade, amontoados nos ghettos(...)os dementes foram vegetando e definhando até à transferência para Rilhafoles em 1848/50” (Oliveira, 1983, pág. 7).

O Hospital de todos os Santos, destruído por sucessivos incêndios em 1601 e em 1750, sofreu grandes melhoramentos sob o reinado de D. João V. Com o megasismo que assolou Lisboa em 1755, um novo incêndio destruiu o hospital sendo os doentes trazidos para baixo de cabanas do Rossio e posteriormente para as cocheiras do Conde de Castelo Melhor sendo finalmente instalados no Convento de Santo Antão, que passaria mais tarde a designar-se por Hospital Real de S. José.

É no reinado de D. José - no século XVIII - que são decretadas as primeiras medidas oficiais de repressão e combate à indigência através do internamento compulsivo.

Em 1760, o Marquês de Pombal cria a Intendência Geral de Polícia da Corte do Reino que vai promulgar medidas repressivas da ociosidade e da mendicidade. Em 1763, reconstruído o hospital do Rossio, abriu-se uma enfermaria com o nome de S. João de Deus, em honra deste pioneiro da assistência baseada na caridade e respeito pelos doentes. Em 1775, estes enfermos foram transferidos para o “as tristemente célebres enfermarias de S. Teotónio e Santa Eufémia do Hospital de S. José” (Pichot et al, 1983, pág.250) onde a “assistência que lhes era prestada era imperfeita, rudimentar, mais cárcere que hospital” (Oliveira, 1983, pág. 7).

Sabemos que a assistência prestada a estas pessoas era geralmente dirigida pelo médico mais novo do quadro do hospital, dois dos quais se destacaram, Bizarro e António Maria Ribeiro, que aplicavam nos seus tratamentos sanguessugas em torno das jagulares, à roda do ânus ou ao longo da coluna vertebral, socorrendo-se das ventosas, vesicatórios, bebidas ácidas e também dos banhos e das emulsões antiespasmódicas (Sobral Cid, in

Oliveira, 1983). Deve-se ao Dr. Bizarro a primeira publicação estatística sobre doentes mentais, baseada na classificação de Pinel, que continuava nos países cientificamente menos desenvolvidos nesta área, a ser o oráculo na matéria.

Apesar destes esforços, a falta de médicos que apresentassem um outro entendimento da loucura e as dificuldades financeiras gerais sentidas na época, contribuíram para a decadência das instalações do hospital S. José e degradação total dos cuidados prestados, originando uma situação de verdadeira calamidade.

Em 1780, Pina Manique, Chefe da Polícia, inaugura a primeira casa de internamento, (a Casa Pia de Lisboa) cujos objectivos não diferiam dos das casas de correcção que tinham surgido pela Europa um século antes (Fleming, 1976; Melo et al., 1981). Victor Ribeiro destaca de um trecho de Latino Coelho sobre Pina Manique, o seguinte: "buscou fundar um instituto, que fosse ao mesmo tempo casa de correcção e oficina de labor para os que por sua vida e costumes pervertidos ofendiam a Segurança e a Moral... As causas que produziavam a despovoação do reino, a decadência da agricultura, a frouxidão do trabalho nacional e a perigosa acumulação de gentes ociosas e suspeitas em Lisboa eram apontadas sagazmente pelo intendente da polícia, nos papeis que frequentemente dirigia ao governo da Rainha" (in Fleming, 1976, pág.18).

Não consta claramente nestas medidas que os doentes mentais fossem alvo de internamento, pelo menos de forma objectiva, o que não impede que entre a massa indigente estivessem os "loucos". Os "loucos" portugueses, à semelhança dos de outros países da Europa, também foram associados a outros "tipos sociais" e não considerados como uma categoria autónoma.

António Maria de Sena diz que ainda no século XIX os alienados continuariam "sem eira nem beira" vagabundeando pelas ruas ou a serem presos ou recolhidos nos Hospitais Gerais que não tinham condições para os receber e tratar. É somente no século XIX que, (tendo por referência a lei francesa de 1838, que previa a criação de estabelecimentos próprios para doentes mentais), se começam a abrir os primeiros asilos, institucionalizando a loucura em locais apropriados (Melo et al., 1981).

Em 1841, o benemérito António Sampaio e mais tarde o seu filho Osborne Sampaio ofereceram parte da sua fortuna a favor dos alienados, depositando numa



comissão administrativa da Santa Casa da Misericórdia e do Real Hospital de S. José a responsabilidade de constituírem um novo hospital. No ano seguinte, após intensas discussões, por Decreto de 23 de Julho, o governo cedeu o edifício do Colégio Militar da Luz para que se criasse um novo hospital para doentes mentais. Bernardino António Gomes, primeiro médico da família real, médico naval interessado pelos loucos internados no Hospital da Marinha e António Maria Ribeiro, foram nomeados por D. Maria II para o estudo quer a nível nacional quer a nível internacional de todas as medidas que permitissem melhorar os cuidados assistenciais aos alienados.

Só depois de 1848, como consequência destas movimentações e discussões públicas, na sua maioria promovidas pela Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, foi criado em Lisboa o Hospital de Rilhafoles – aquele que é considerado por muitos, como a primeira instituição oficial para assistência aos “loucos”. Inserido num momento de maior estabilidade política, após as revoluções da Maria da Fonte e da Patuleia, a abertura a 13 de Dezembro deste hospital no velho convento de S. Vicente de Paula representou também um acto político da intervenção directa do Ministro do Reino, o marechal Duque de Saldanha, junto da Rainha D. Maria II.

Em 1851 é criado o primeiro regulamento interno da Instituição, inspirado na Lei de 1838 publicada em França sob Luís Filipe, influenciado por Parchapé, o «Napoleão dos Asilos».

O Hospital de Rilhafoles abriu com uma lotação de 300 doentes, embora sob tutela do Dr. Pulido, primeiro director da Instituição, fossem integrados cerca de 322 utentes, escolhidos entre os muitos que em condições inumanas se acumulavam em duas enfermarias do Hospital S. José. Em 1 de Dezembro de 1864 existiam em Rilhafoles 532 alienados a que se vieram juntar 278 novas admissões durante 1865, atingindo a população do hospital no final do ano, deduzidas altas e óbitos, 513 doentes (Oliveira, 1983).

Guilherme Abranches, que viria a substituir interinamente o anterior Director, introduz nas práticas do hospital a hidroterapia e a ocupação dos doentes. Encontram-se referências ao uso do trabalho agrícola, aos ofícios de sapateiro, alfaiate, carpinteiro, pedreiro, trabalhos domésticos e o uso de jogos de bilhar e de gamão, desenho, pintura,

literatura, música, teatro como forma de distração dos doentes de classes sociais mais elevadas.

O uso do banho como terapêutica era considerado de grande sucesso na época. A utilização de banhos tépidos, frios, de vapor nos balneários de Rilhófoles ou recorrendo em deslocações maciças às águas do Tejo era tido como uma terapêutica de grande sucesso, reforçada até pela raridade deste hábito de higiene na cultura portuguesa da época (Oliveira, 1983).

Abranches conseguiu imprimir alguma eficiência e organização ao Rilhófoles, chegando a propôr a criação de mais dois hospitais e dois asilos para recolher e tratar os doentes de todo o reino e, na área do Rilhófoles, a construção de um hospital-modelo para 200 a 300 doentes, que permitisse desanuviar as taxas de ocupação verificadas.

Em 1882, na sequência de um legado do Conde de Ferreira para alienados, nasce o Hospital Conde Ferreira permitindo que os alienados dessa zona do país deixassem de ser recolhidos “em tristíssimas condições, no Hospital de Santo António, no expressivamente chamado «porão» (...) ou recolhidos em Prisões” (Pichot et al., 1983, pág. 255). Dirigido por António Maria de Sena, criador dos edifícios das escolas primárias e professor da Universidade de Coimbra, o Hospital nasce com um avançado regulamento dos serviços. Sena, depois de Bizarro em Lisboa, fez um levantamento que procurava identificar o número de alienados existentes, concluindo para o país números mais altos (cerca de 6000) do que Bizarro, Pulido, Ribeiro e Abranches, mas inferiores ao Censo da População de 1876 (cerca de 8000 alienados), para os quais só havia um único hospital de apoio, com um número já excessivo de 500 camas e que já oferecia sinais evidentes de decadência.

Por outro lado, impregnado pelas ideias evolucionistas da época, Sena, articulou a alienação mental com a história natural, dando grande relevo à hereditariedade na patogenia das doenças, sem deixar, no entanto, de realçar a importância dos factores adquiridos. Colaborando com a Provedoria da Santa Casa da Misericórdia do Porto a quem pertencia, do ponto de vista administrativo, o Hospital Conde Ferreira, recomendou medidas eugénicas para prevenir o «perigo da procriação livre de alienados e predispostos» (Pichot et al., 1984).

Digna de referência é a insistência deste pioneiro da assistência psiquiátrica em

Portugal, na educação do pessoal médico, de enfermagem e outros e a obrigação de desenvolverem estudos científicos acerca da doença mental, expresso em regulamento interno.

Em 1889 é promulgada a primeira lei especial sobre assistência a alienados, impulsionada por António Maria de Sena.

Em 1892, por forte pressão da opinião pública levada à Câmara dos Deputados por Dias Ferreira, Miguel Bombarda foi nomeado Director do Hospital de Rilhafoles e inicia um período importante no que diz respeito à organização e gestão da terapêutica e do estudo científico da psiquiatria. Rilhafoles, que havia adquirido a conotação da horrível e assustadora loucura o asilo dos lunáticos, entraria numa fase de reflorescimento.

Numa lógica de libertação dos doentes da marginalização institucional para que foram empurrados, Miguel Bombarda introduziu um plano de acção que visava essencialmente a melhoria do apoio clínico e uma radical transformação dos serviços hoteleiros. Neste sentido foram reformuladas as condições de higiene, a alimentação foi enriquecida, foi implementada a ergoterapia, o hospital foi aumentado através da construção de novos pavilhões e foi beneficiado com a introdução de iluminação e gaz. Outros aspectos como a organização administrativa e disciplinar foram também intervencionados. São eliminados os meios de contenção como as cadeiras fortes, as coleiras, mas deixados alguns meios de repressão, como a redução alimentar e a limitação de visitas.

Como base de sustentação da sua política, Bombarda propôs a independência administrativa e financeira de Rilhafoles em relação ao Hospital de S. José, a anexação do Convento de Santa Marta e a aquisição dos terrenos da quinta do Borba, que se situava entre os dois estabelecimentos. Contudo esta autonomia em relação ao Hospital de S. José, tão desejada por todos pertencentes a Rilhafoles, prevista em regulamento em 1851, só viria a ocorrer em 1945. Miguel Bombarda procurou também, nesta fase, introduzir a investigação clínica e laboratorial, tendo efectuado inúmeras publicações e não deixou de focar o problema do ensino da Psiquiatria que, só em 1911, viria a ser introduzida oficialmente no plano de estudos médicos.

Embora de convicções evolucionistas, não se deixou seduzir pelas teorias

desenvolvidas por Vogt, já referidas anteriormente, e separa claramente os «estigmas de degenerescência» dos chamados «estigmas adquiridos». Dando grande relevo às perturbações vasomotoras e ao papel dos afectos, conceptualiza inicialmente a loucura como sendo essencialmente uma «doença dos sentimentos» (Pichot et al., 1984). Em termos de síntese, considerava que num plano de organização geral de um hospital devia-se integrar conjuntamente a assistência, o ensino e a investigação, conforme é hoje usualmente defendido mas nem sempre seguido e respeitado.

Em 1893 a ordem de S. João de Deus estende a Portugal a enfermagem religiosa prestada a alienados pela ordem, constituindo a Casa de Saúde do Telhal em 1895. A mesma ordem funda a Casa da Idanha destinada exclusivamente a mulheres.

Esta caracterização evidência alguns marcos históricos na forma como a sociedade portuguesa lidou com esta problemática até ao séc. XIX e que estiveram na génese das primeiras políticas de saúde mental, que iremos a seguir analisar.

Conforme vimos no primeiro e segundo ponto deste capítulo, a loucura e os loucos, independentemente da época ou do lugar, foram sempre figuras controversas, tratadas com alguma ambiguidade e desconfiança. Sobretudo, sendo um fenómeno bio-psico-social de indiscutível amplitude foram e são um produto do sistema cultural, político e económico vigente em cada época e em cada contexto. Do estatuto de loucos e/ou «possuídos» ao de doentes, marginalizados e expulsos para locais longínquos ou encerrados em asilos/prisões, mais tarde transformados em hospitais, ou ainda, por força de pressões politico-económicas, libertos e desinstitucionalizados para a «sociedade dos normais» (que funcionaram e funcionam muitas vezes como prisões globais), as pessoas com problemas de saúde mental chegam aos nossos dias carregadas com um património cultural e social que reproduz esta lógica de marginalização, segregação e ambiguidade. Pensamos que em toda a história é adequado ao contexto socio-cultural de cada época, em termos gerais (não particularizando), quer estando presos ou encerrados em asilos, quer estando mais inseridos socialmente (família ou estruturas sociais comunitárias), as pessoas que apresentam uma doença mental não dispõem de níveis de qualidade de vida satisfatórios ou adequados, se pensarmos em função das disfunções que em princípio seria normal apresentarem e se analisarmos por comparação com outras doenças crónicas(

diabetes...). Esta situação evidência claramente que estas pessoas e estas patologias sofrem, de forma singular, sem exemplo comparável, a pressão das culturas, das sociedades, de tudo de bom e de mau que as constituem.

Invertendo agora por breves instantes a nossa lupa de leitura, através da loucura e do louco, foi-nos possível perceber e caracterizar como é que em cada época as diversas sociedades se organizavam e se estruturavam do ponto de vista político e cultural. São disso exemplos, entre outros, a revolução francesa e o impacto gerado no entendimento do Homem e em particular do Louco por todo o mundo ou ainda a implementação em Portugal do Liberalismo que possibilitou a implementação dos primeiros cuidados específicos para estes enfermos, que se assumiriam como as primeiras políticas dirigidas em particular para esta problemática, conforme veremos no capítulo seguinte, que trata das diferentes políticas de saúde mental implementadas no sentido de promover a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental.

## **Cap. 2**

# **As Diferentes Orientações nas Políticas de Saúde Mental enquanto Instrumentos de Promoção da Qualidade de Vida dos seus Destinatários**

## **2. Introdução**

Neste parte do trabalho é nosso propósito analisar a evolução das políticas de saúde mental em Portugal, por forma a melhor compreendermos as medidas que foram sendo implementadas, numa tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental.

A nossa análise incidirá também na resposta assistencial actual existente na área da saúde mental em Portugal, a fim de, por um lado, perceber se existe congruência entre as políticas actuais, ditas comunitárias, e os recursos disponíveis, e por outro, identificar e descrever as estruturas específicas para a implementação desses cuidados pelas diversas regiões de saúde.

### **2.1. A(s) Política(s) de Saúde Mental em Portugal : Do asilo à comunidade.**

Para analisarmos a Política Saúde Mental e os seus impactos na prática corrente, recorreremos ao seu enquadramento a partir do final do século XIX, uma vez que, como vimos anteriormente, é a partir deste período que se confere à loucura o estatuto de doença e à medicina a função de a tratar.

A evolução das Políticas de Saúde Mental a partir deste período, traduz duas grandes tendências que se mantêm até aos nossos dias e que sucessivamente vão colocar a tónica ora no Hospital ora na Comunidade, em movimentos aparentemente contraditórios. Directamente dependente de cada orientação está o tipo de resposta implementada, ou melhor, legislada, também ela diferente para cada um dos casos.

A análise da legislação que enquadra a Política de Saúde Mental em Portugal permite situar quatro períodos que se traduzem em medidas de intervenção distintas, condicionadas pelos avanços científicos e sociais que se foram conquistando sobretudo a nível europeu. Temos assim, um primeiro período que se caracteriza pela institucionalização da assistência médica psiquiátrica através da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos e de algumas alterações funcionais posteriores. No segundo período

realça-se a tentativa de introdução de medidas legislativas no sentido de «desinstitucionalizar» a Psiquiatria e incrementar serviços de cariz comunitário. O terceiro período pode ser identificado pela integração da saúde mental nos cuidados de saúde mental e o quarto e último período prende-se com o a actual lei de saúde mental. Vejamos cada um deles mais em pormenor.

### **2.1.1. A institucionalização da assistência médica psiquiátrica - da segunda metade do século XIX até 1963.**

Pode-se considerar que um dos primeiros actos políticos na área da saúde mental em Portugal e que traduz uma mudança no entendimento da loucura, quer em termos científicos enquanto doença mental, quer em termos sociais, pela constatação da necessidade de locais apropriados para o seu tratamento, foi a criação dos hospitais psiquiátricos. Estas medidas iniciavam um primeiro ciclo das políticas de saúde mental que só teria o seu fim na década de 60, com a reforma da Lei de Saúde Mental (1963).

Embora não sendo nosso propósito voltar a retractar neste capítulo esta época histórica, torna-se no entanto fundamental registar que é a partir do fim do século XIX que, em Portugal, os chamados “asilos de alienados” vão ceder lugar aos hospitais psiquiátricos. Esta é a primeira tentativa de introduzir uma nova concepção da loucura como doença mental, em que o Estado assume uma posição intervencionista começando a constituir os primeiros hospitais oficiais para doentes mentais. Os hospitais psiquiátricos surgem com as primeiras classificações das doenças mentais e portanto surge simultaneamente com o reconhecimento científico da Psiquiatria enquanto ciência médica. Traduzem os avanços que, no seio da Medicina, se fizeram na Europa e que, em Portugal, a partir de 1837, despoletaram um debate da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, sobre a loucura enquanto doença e a necessidade de implementar a Psiquiatria enquanto ciência médica (Tavares, 1996).

De acordo com esta caracterização, em 1848 o Estado cria o Hospital de Rilhafoles, cujo espaço é modelado à imagem dos asilos que existiam pela Europa. Na sua organização manifesta uma concepção dualista e aparentemente contraditória da doença mental que era explicada com base em causas orgânicas (lesões cerebrais, hereditariedade)



e morais (prostituição) (Fleming,1976). Os objectivos subjacentes à sua criação são a defesa da ordem pública, a protecção do louco e a sua regeneração através do aproveitamento da sua força de trabalho. É em 1851 que, no primeiro regulamento do Hospital, se definem os destinatários: "1º os que por demência, ordem e Segurança pública são recolhidos por ordem da autoridade; 2º os que tendo perdido a razão, podem ainda recuperá-la por meio de um adequado tratamento" (in Fleming, 1976, pág.25).

Posteriormente, em 1883, seguindo os mesmos princípios, foi fundado no Porto o Hospital Conde de Ferreira, primeiro hospital que é fundado exclusivamente para receber "alienados". Diz A. M. de Sena, seu director, que o hospital deve ser "um instrumento económico de muita importância para poupar, amparando, tratando, robustecendo as forças vivas sociais, que produzem o trabalho, fonte única da riqueza das nações." (cit. in Fleming, 1976, pág.28). Foi com este médico que, em Portugal, se iniciou a crítica ao sistema asilar. Referindo-se ao asilo de Rilhafoles como "casa imprópria", contesta as correntes e as grades nas janelas que constituem "uma vergonha", assim como os quartos fechados e as cadeiras tortas (Fleming, 1976).

Dada a incapacidade destes hospitais para responderem às necessidades da população (eram estimados cerca de 8 mil alienados), em 1889, a primeira Lei de assistência psiquiátrica (que ficou conhecida por lei de A.M. de Sena) definiu a construção de mais 4 hospitais psiquiátricos e de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, bem como, a obrigatoriedade de exame médico em todas as situações de crimes cujos autores fossem suspeitas de doença mental e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada aos alienados (Fleming,1976; Tavares,1996). Estes Hospitais só viriam a ser criados meio século mais tarde e em 1942 é inaugurado o H. Júlio de Matos, em 1945 o Manicómio de Sena e em 1946 o H. Sobral Cid. Em 1953 é dada a autorização para a construção do Hospital de Magalhães Lemos.

Em 1893 a enfermagem religiosa para alienados é introduzida em Portugal pela Ordem de S. João de Deus, aquando da criação da Casa de Saúde do Telhal e, em 1895, a Casa de Saúde da Idanha, destinada exclusivamente a mulheres (Tavares, 1997).

Com a proclamação da República, em 1910, o lugar deixado vago pela morte dramática de M. Bombarda deu lugar à afirmação de psiquiatras do Porto, discípulos de

Sena, dos quais se destacam Magalhães Lemos, que ficou responsável pelo Conde de Ferreira e pelo ensino da Psiquiatria na cidade do Porto e Júlio de Matos, que foi nomeado Director do Manicómio de Rilhafóles e o primeiro professor de Psiquiatria na então constituída Faculdade de Medicina da Nova Universidade de Lisboa. Desta forma, em 1911 surge o ensino oficial de Psiquiatria que se realiza no Manicómio Bombarda (novo nome do Hospital de Rilhafóles) em Lisboa, no Hospital Conde Ferreira no Porto e no Hospital da Universidade de Coimbra em Coimbra (Tavares, 1996).

Os asilos fechados de Sena viriam a ser fortemente criticados, mais tarde, por Bettencourt Rodrigues na medida em que não só não conseguem albergar a totalidade dos alienados existentes (apenas um quinto) como tornavam a assistência (asilar) muito onerosa para o Estado. A alternativa, segundo B. Rodrigues, é a construção de colónias agrícolas (in Fleming, 1976).

Com efeito, em 1911 uma reforma da assistência aos alienados (que não chegou a efectivar-se na prática) previa a criação de colónias agrícolas ( que só viriam a ser criadas em 1959, quase 50 anos mais tarde), assim como a criação de serviços específicos quer para doentes agudos quer para crónicos e ainda de serviços de consultas para doentes externos que nunca viriam a ser criados (Fleming, 1976; Tavares, 1996).

A aura internacional da Psiquiatria portuguesa surge quando o neurologista Egas Moniz faz descobertas no campo da angiografia cerebral e realiza a primeira lobotomia pré-frontal (1936), que o levaria a ganhar o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949.

O Hospital Júlio de Matos, inaugurado em 2 de Abril de 1942 sob a direcção de Barahona Fernandes, foi sinal de uma nova atitude e postura perante a doença mental - janelas sem grades, abolição das medidas repressivas, tónica na comunicação - mas que, confrontado com as pressões e exigências da realidade, se efectua um recuo desta atitude de abertura do Hospital ao exterior (Melo et al., 1981; Tavares, 1996).

Deu-se, de facto, uma ruptura histórica não só ao nível das formas de tratamento dos doentes psiquiátricos mas também nas atitudes sociais e culturais perante este tipo de doenças.

Em 1943 e 1945, conforme já referimos são criados em Coimbra o Manicómio

Sena e o Hospital Sobral Cid respectivamente.

A primeira grande reforma da assistência psiquiátrica ocorre no ano de 1945 com a publicação da Lei n.º 2006 ( e os Dec. Lei 34.502 e 34.534 que a regulamentam). Pela primeira vez, é proposta uma abordagem profiláctica e higienista, com a criação de Centros de Assistência Psiquiátrica, Dispensários de Higiene Mental e Asilos. Enquadrado nessa lógica a lei dividiu o País em três zonas de assistência psiquiátrica - Norte, Centro e Sul.

As estruturas e equipamentos que a Lei identificava irão surgir pelo país nos anos seguintes. São assim criados o Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Sul e alguns dispensários a ele ligados (1945), o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro e alguns dispensários (1946) e o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte e respectivos dispensários (1947).

O Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte (Dec.Lei nº39306/53), autoriza em 1953 a criação do Hospital de Magalhães Lemos cuja organização por pavilhões já reflecte a filosofia de sector de base e abertura à comunidade circundante.

Em 1958 o Dec.Lei nº 41759/58 cria o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), órgão coordenador dos serviços, definindo como suas competências o enquadramento dos estabelecimentos e serviços oficiais aos quais se atribui como objectivos gerais a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica no domínio das doenças e anomalias mentais, a orientação e fiscalização das iniciativas particulares que se propunham o mesmo objectivo. A acção do IAP recaía sobre as três zonas de assistência psiquiátrica norte, centro e sul.

Este período, de criação de grandes Hospitais psiquiátricos que ainda hoje se mantêm em funcionamento, correspondeu à institucionalização da assistência médica psiquiátrica e relacionou-se com grandes avanços científicos a nível não só do conhecimento, mas sobretudo do tratamento das doenças mentais. Vejamos o ponto seguinte.

### **2.1.2. Da Assistência Psiquiátrica à Política de Saúde Mental - década de 60 e 70.**

A eficiência da terapêutica psicofarmacológica, introduzida de forma mais generalizada a partir desta altura, permitiu grandes progressos no tratamento da doença psiquiátrica, criando a grande parte dos doentes a possibilidade de serem tratados/controlados sem necessitarem de permanecer no hospital, e promoveu necessariamente mudanças na forma de entender e lidar com o fenómeno. Como consequência abriram-se novas possibilidades e /ou condições à reformulação da Política de Saúde Mental em vigor até aos anos 60.

Neste período, de grande questionamento e reflexão, alargados a toda a Europa, assistimos também em Portugal à necessidade de evitar a segregação e marginalização do doente (Leal, 1972).

No início da década de 60 os serviços públicos de Psiquiatria eram prestados exclusivamente por cinco hospitais psiquiátricos, com 3.700 camas, localizados nas três principais cidades do país – dois no Porto, um em Coimbra e dois em Lisboa. A estrutura assistencial era pois predominantemente institucional e caracterizada por ausência de acessibilidade e uma reduzida disponibilidade de modalidades de intervenção terapêutica.

No sector privado existiam seis instituições psiquiátricas das Ordens Religiosas, com 3.100 camas utilizadas já então quase que exclusivamente para doentes mentais crónicos.

Em 1963 surgiu a Lei de Saúde Mental (LSM nº 2118) muito influenciada e contemporânea do Mental Health Act promulgado por Kennedy, que em termos de orientações políticas introduziu os princípios reformadores da política de assistência psiquiátrica que até então se praticava, que se inspiraram nas reformas já empreendidas em outros países do Ocidente. Esses princípios consistiram essencialmente na sectorização dos serviços psiquiátricos e na criação de Centros de Saúde Mental com o objectivo último de “des-hospitalizar” a Psiquiatria e levá-la às comunidades. Procurava-se assim deslocar o fulcro da assistência psiquiátrica do hospital para a comunidade.

A desinstitucionalização, como filosofia assistencial, surge no contexto de uma perda progressiva de protagonismo e consequente perda do monopólio da assistência psiquiátrica por parte do Hospital Psiquiátrico. Essa tendência apareceu inicialmente nos anos 50, dando lugar, em muitos países, à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária assentes na ideia de que o hospital não é de forma alguma a estrutura que responde às necessidades e à melhoria da qualidade de vida desta população específica. Para lhes responder é necessário diversificar as estratégias e estruturas assistenciais, incrementando os serviços de cariz comunitário em detrimento dos hospitalares (Bachrach, 1978).

A desinstitucionalização supõe uma mudança importante na assistência psiquiátrica que, em Portugal, ainda não encontrou porto seguro. Embora, em termos legislativos, a orientação explícita das políticas de saúde mental, no nosso país, seja a comunitária, a sua implementação tem sofrido importantes desvios relacionados com grave deficiência em matéria de criação de serviços de apoio à integração na comunidade.

A Lei da Saúde Mental de 1963 baseada em princípios próximos do modelo de organização comunitário criava assim uma estrutura de coordenação nacional e três de nível regional, com capacidade para desenvolverem e coordenarem serviços locais, a quem competiria promover a saúde mental, prevenir a doença e tratar e reabilitar as pessoas com problemas de saúde mental. Nesta lógica promulgou as bases de promoção da saúde mental, e definiu os princípios da Política de Saúde Mental regulando o tratamento e internamento compulsivos. Definia os direitos das pessoas submetidas a tratamento psiquiátrico, dando aos tribunais um papel decisivo nos internamentos compulsivos. Na Base I, capítulo I, são definidos os princípios orientadores das Políticas de Saúde Mental e estes rompem, a nível conceptual, com as orientações anteriores. Fala-se em promoção de Saúde Mental que torna necessária uma “acção profiláctica” (tónica na prevenção) de carácter individual ou colectivo; uma “acção terapêutica” (tratamento); e uma “acção recuperadora” (tónica na reabilitação e integração social através da adopção de medidas psicopedagógicas e sociais).

Para implementação destes princípios a lei prevê objectivamente a criação de duas estruturas. Uma é o Instituto de Saúde Mental (ISM), (Base IV), órgão coordenador da

Saúde Mental, de estrutura vertical, que divide o país em três zonas hospitalares - Norte, Centro e Sul - a cujas delegações compete orientar e coordenar os Centros de Saúde Mental (Base VII). Este órgão (ISM) na prática nunca existiu, mantendo-se até 1984 o IAP, criado em 1958, como também não foi definida qualquer integração a nível dos restantes serviços de saúde geral (Almeida et al., 1995).

Esta Lei estabelece, como unidade fundamental dos serviços de saúde mental, o(s) Centro(s) de Saúde Mental (a criar, um por cada zona geográfica - Distrito - Dec.Lei nº 46102/64 de 28 de Dezembro), nos quais se previa a existência de equipas clínicas e de um conjunto de instituições extra-hospitalares. Com os 18 Centros de Saúde Mental previstos pretendia-se alargar e estender a cobertura a todo o território nacional, atribuindo-lhes a responsabilidade de prestação da globalidade dos cuidados de saúde mental da população abrangida, incluindo o internamento das situações agudas.

Na opinião de Álvaro de Carvalho, ex-director da Direcção de Saúde Mental, esta lei era indiscutivelmente avançada para a época e para o regime político existente.

Nunca foram criadas (Ferreira, 1987) a grande parte das estruturas extra-hospitalares que tornariam possível a desinstitucionalização da psiquiatria, no entanto eram previstos:

- “Serviços para doentes de evolução prolongada;
- Secções...psiquiátricas funcionando em hospitais ou asilos gerais...;
- Estabelecimentos de tratamento de alcoólicos e outros toxicómanos;
- Hospitais de Dia e Hospitais de Noite em ligação com os hospitais Psiquiátricos ou Hospitais Gerais;
- Serviços de colocação familiar e de assistência domiciliária;
- Serviços livres, agrícolas, artesanais...como as oficinas protegidas, em que os doentes viverão em regime de comunidade...;
- Lares educativos, para reinserção social do ex-doente...” (Base XIV)

Embora este modelo implicasse a reestruturação dos hospitais psiquiátricos, a Lei não a definia claramente. Esta ambiguidade teve como consequência que não fosse criado nenhum Centro de Saúde Mental nos três distritos em que se localizavam os Hospitais

Psiquiátricos e que, por coincidência, eram os mais desenvolvidos a nível económico, social, cultural e populacional. Esta situação inviabilizou assim a referida reestruturação e manteve inalterável a influência das estruturas hospitalares especializadas.

A Base XXII previa que o internamento pudesse ser efectuado sob duas formas: em regime aberto ou fechado. O que distingue estes dois regimes é o facto de no primeiro serem “reconhecidas ao internado as garantias normais dos admitidos em hospitais comuns, em especial o direito de saída”, enquanto que no segundo tal não se verifica. A base XXV da Lei justifica este regime no seu nº3, “pelo carácter perigoso ou anti-social do internado, ou pela sua oposição injustificada, actual e eventual, a um internamento considerado meio presumivelmente eficaz de debelar um espírito anormal, grave e prejudicial ao doente naquele momento ou na sua provável evolução”. A Lei de Saúde Mental conferiu neste domínio tacitamente, amplos poderes ao legislador e aos seus intérpretes, visto que a Constituição da Republica Portuguesa de 1933, vigente à data da publicação da Lei da Saúde Mental não definia os pressupostos em que este tipo de restrição da liberdade poderia acontecer.

O Dec.Lei nº 413 de 1971 aproximou a política de saúde mental portuguesa das correntes europeias na medida em que definiu a articulação dos Serviços de Saúde Mental com outros Serviços de Saúde (ARS) - Psiquiatria de ligação - e integrou a, então definida, Direcção Geral de Serviços de Saúde Mental, na Direcção Geral de Saúde. Outros princípios definidos internacionalmente e que Portugal ainda não previa dizem respeito à reabilitação psicossocial, à desinstitucionalização e aos direitos dos doentes mentais, como sejam o consentimento do tratamento e direito à informação, entre outros. (Caldas et al., 1995; Presidência do Conselho de Ministros, 1997).

Apesar da evolução legislativa, na prática, em direcção à comunidade, a situação da Saúde Mental em Portugal estava ainda centrada no grande hospital psiquiátrico e no médico psiquiatra como seu agente privilegiado.

Com a revolução de Abril de 1974, dado o contexto de ruptura política, a aplicação do Decreto-Lei nº 413 de 1971 fica comprometido, sobretudo no que respeita à integração nos cuidados de saúde primários.

A necessidade de reorganização e criação de respostas às necessidades sociais de

saúde, marcam, neste período revolucionário, a tentativa de democratizar o acesso à saúde (onde se verificam grandes desigualdades), e neste caso à saúde mental, cujas estruturas estavam concentradas nas três grandes cidades do país, e que assentava em algumas estruturas públicas (Hospitais Psiquiátricos, dispensários e na clínica privada, unidades de internamento e hospitais psiquiátricos, sobretudo) e em casas de saúde privadas. Em 1976, um documento elaborado pelo IAP e por um grupo de trabalho da Zona Centro avaliava a situação dos Serviços de Saúde Mental: “Os Serviços de Saúde Mental, como tal, isto é, orientados para a promoção da saúde e não apenas para o tratamento da doença, tem sido entre nós, praticamente inexistentes. Os serviços do IAP praticam em regra uma psiquiatria passiva, centrada no médico, que ainda alheio a todo o tipo de trabalho em equipa vem actuando dentro de uma pseudo auto-suficiência centralizadora, quer nos dispensários quer nas grandes unidades hospitalares psiquiátricas, onde, por consequência se vão acumulando os “alienados”(IAP et al., 1976, pág.2).

No início da década de 80 tinham sido criados vinte e um Centros de Saúde Mental (os primeiros surgiram em 1965), que cobriam 60% da população (cerca de 6 milhões) e incluíam os três especialmente vocacionados para as crianças e adolescentes, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra. Em muitos deles, porém, os recursos eram limitados, a fixação de profissionais, sobretudo no interior, era difícil e a integração de algumas instituições de tipo asilar prejudicou o desenvolvimento dos cuidados comunitários. Mesmo assim alteraram profundamente o panorama da prestação de cuidados, melhorando a acessibilidade aos cuidados e facilitando o desenvolvimento de novas formas de intervenção, mais centralizadas na comunidade e com melhor ligação aos outros serviços de saúde e segurança social. Avancemos para o ponto seguinte.

### **2.1.3 A Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários - 1984/1990**

Nos anos 80 pudemos observar uma nova tentativa (legislativa) de integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários. Em 1985, na 2ª Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, realizada em Estocolmo, Portugal defendia que a organização assistencial deveria transitar dos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários baseados em hospitais gerais e em estreita articulação com as unidades de



cuidados de saúde primários.

A primeira tentativa de alteração verificou-se em 1983, com o desenvolvimento dos planos de reorganização para as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, que não se concretizaram em consequência da resistência exercida pelos sectores psiquiátricos tradicionais.

Contudo, o terceiro período das Políticas de Saúde Mental pode-se identificar a partir de 1984 (Decreto-Lei nº 74 de 1984), em que, na sequência da reorganização do Serviço Nacional de Saúde são criadas duas Direcções Gerais: Direcção dos Hospitais e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. É nesta última que é integrada a Saúde Mental. Extinto o IAP, em 1985, é criada a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental que se integra na Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Coloca-se a tónica desta integração, na ligação da Saúde Mental aos cuidados de saúde gerais e por conseguinte à criação de valências de Saúde Mental em alguns centros de saúde que passavam a ser definidos como a base fundamental do sistema de saúde.

Entre 1985-90, as principais linhas da reforma (O programa de Saúde Mental foi apresentado em 1995) prevêem a revisão da Lei de Saúde Mental e nomeadamente a criação de uma rede de serviços comunitários, a reestruturação e expansão dos CSM Distritais, o desenvolvimento de Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais, o desenvolvimento de programas de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos e o estabelecimento de cooperação com instituições privadas.

Dois planos nacionais de saúde mental, aprovados em 1985 e 1988 sob a direcção, respectivamente, de Sampaio Faria e Caldas de Almeida, permitiriam a implementação desta reforma da saúde mental, baseada nos seguintes princípios:

- o desenvolvimento, em cada área de intervenção, de um sistema de cuidados comunitários e compreensivos;
- a continuidade de cuidados;
- a integração e a administração conjunta de diferentes respostas, incluindo as localizadas em centros de saúde e hospitais gerais;
- as áreas de intervenção dos serviços de saúde mental passaram a ser

coincidentes com as dos centros de saúde, o que viabilizou a articulação continuada entre as equipas de saúde mental e os clínicos gerais/médicos de família (os novos edifícios dos centros de saúde passaram a ter estruturas reservadas para a saúde mental, tal como os novos hospitais gerais);

- o desenvolvimento de um sistema de informação específico;
- a criação de estruturas de planeamento, monitorização e avaliação dos serviços;
- a criação dos primeiros centros de saúde mental em Lisboa e Porto;
- o desenvolvimento de um programa de formação para profissionais dos serviços comunitários e outro de treino, a nível nacional, para clínicos gerais/médicos de família;
- o estabelecimento de uma comissão interministerial saúde/assuntos sociais para a desinstitucionalização e a reabilitação das pessoas com doença mental, que viabilizou a definição das bases que permitiram a criação de unidades de reabilitação em vários serviços;
- através de financiamentos específicos apoiaram-se projectos inovadores, como por exemplo centros de dia, programas de prevenção e de reabilitação e investigação epidemiológica.

Este é um período em que sucessivas legislações definem a aproximação da psiquiatria à comunidade no sentido da desinstitucionalização e da integração dos cuidados. A proliferação destas determinações legais é esclarecedora sobre a sua não implementação na prática, apesar de (e por isso) sucessivamente legislada, como veremos em seguida.

O despacho nº5/87 de 3 de Julho, novamente preconiza a integração funcional dos cuidados de saúde mental com os cuidados de saúde primários (centros de saúde mental e centros de saúde) a que correspondem as mesmas áreas geodemográficas, à excepção das urgências (ou em casos de dificuldade de internamento local, até que a capacidade organizacional destes serviços permita dispensar esse apoio). Dá-se assim a sectorização definitiva dos hospitais psiquiátricos de Lisboa e do Porto (CESM, 1995). Por exemplo, o

Centro de Saúde Mental do Porto desdobrou-se em 2 sectores: o oriental (Centro de Saúde Mental Oriental do Porto) e o ocidental (Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto), com as respectivas áreas geográficas a cada um afectos.

Em 1989, dá-se novamente a tentativa de reorganização dos serviços de saúde mental a nível nacional, assente na descentralização e deslocalização de recursos e estruturas do hospital psiquiátrico para a comunidade (Dias et al., 1995). Preconiza-se, de novo, o desenvolvimento, em todo o país, de uma rede de serviços integrados, (designada por centros de saúde mental), que, em cada área geo-demográfica se responsabilizem pela prestação de todos os cuidados, desde o tratamento à reabilitação, respondendo às necessidades sentidas pela população.

Em 1990 o processo de reestruturação foi interrompido, na sequência de uma mudança governamental, tendo sido adoptado um modelo biomédico estrito centrado no hospital. A pretexto da importância dos hospitais gerais para os cuidados de saúde mental, os centros de saúde mental foram extintos, sendo administrativamente integrados nos hospitais gerais.

A integração da Saúde Mental nos serviços de saúde geral foi assim decidida em 1992. O Dec-Lei 127/92 de 3 de Julho extinguiu os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis, integrando-os nos hospitais gerais centrais e distritais (Portaria 750/92 de 1 de Agosto). Manteve-se no entanto, como hospitais centrais especializados, alguns dos existentes anteriormente intitulados centros de saúde mental, (como por exemplo o Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto que passa a hospital central especializado, com a designação que já tivera antes de 1976 - ano em que passou a CSMOP - de Hospital de Magalhães Lemos, e de igual modo o mesmo para o Hospital Conde Ferreira, Hospital Sobral Cid e Hospital Miguel Bombarda). O mesmo documento cria três estruturas regionais de gestão dos serviços, designados também por centro de saúde mental (Norte, Centro e Sul).

Se é um facto que esta medida integrou os cuidados de saúde mental no sistema geral dos cuidados de saúde, o que é facto é que ela foi apenas uma integração exclusivamente hospitalar (e não nos cuidados primários como a legislação anterior definia). Exemplo desta integração é também a passagem das urgências psiquiátricas para

os hospitais gerais (Despacho 25/11/93).

Os constrangimentos burocráticos daí resultantes e ausência de sensibilidade das administrações hospitalares para os programas de intervenção comunitária levaram a resultados extremamente negativos. Assistiu-se a suspensão de muitos programas e ao corte nos recursos destinados à saúde mental. Paradoxalmente não foi criada qualquer nova unidade psiquiátrica em hospitais gerais e as existentes foram transferidas para outras especialidades.

Álvaro de Carvalho, o anterior Director Geral para a Saúde Mental acusa este período e a legislação subsequente de ter comportado grandes prejuízos para a saúde mental em Portugal "...pelo modo precipitado como decorreu, pela falta de sensibilidade das administrações hospitalares em relação às especificidades da psiquiatria, pela impossibilidade de continuar a manter os serviços na comunidade - proibiram-se consultas, cancelaram-se domicílios, aumentaram os internamentos nalgumas regiões" (In Rosa, 1997, pág. 42). Vejamos agora o último período.

#### **2.1.4. A Introdução da Nova Lei de Saúde Mental**

Mantinha-se em vigor entretanto, a Lei da Saúde Mental de 1963, desactualizada por nunca ter sido regulamentada. Ao mesmo tempo, já existia legislação posterior que a ultrapassava e até contradizia, (como por exemplo a criação de órgãos, com funções de definição, coordenação e execução da Política de Saúde Mental, cujas áreas regionais não coincidem com a divisão do país em regiões de saúde definidas pelo estatuto do Serviço Nacional de Saúde - Decreto-Lei nº 11/93 de 15-01, Lei 48/90 de 24-08).

Um forte movimento de protesto participado por associações científicas e profissionais forçaram o governo, em 1994, a reconhecer a necessidade de alterar a política para o sector. O próprio Ministério da Saúde organizou um debate, que se prolongou durante um ano, com representantes de profissionais, de familiares e utentes e o apoio de organizações internacionais OMS, Conselho Europeu da Federação Mundial da Saúde mental e Associação Mundial de Reabilitação Psiquiátrica.

O debate das contradições do sistema foi então promovido oficialmente quando,

por Despacho do Director Geral da Saúde (de 17 de Outubro de 1994) é nomeada a Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM). Esta identificou quatro temáticas a desenvolver por outros tantos grupos de trabalho, com os objectivos de promover uma discussão alargada dos problemas de saúde mental através da participação dos serviços e dos diferentes profissionais e de elaborar propostas de orientação das Políticas de Saúde Mental e de reformulação da LSM. As temáticas estudadas pelos diferentes grupos foram as seguintes:

- inventariação e análise do sistema actualmente existente;
- princípios que fundamentam a organização dos serviços de saúde mental e seu financiamento;
- modelo de gestão dos serviços de saúde mental;
- legislação.

As análises produzidas pelos grupos de trabalho foram apresentadas numa conferência sobre saúde mental intitulada “Saúde Mental - Proposta para a Mudança” que se realizou em Lisboa em Maio de 1995, organizada pela Direcção-Geral da Saúde e que contou com a participação de vários grupos profissionais e de organizações que prestam cuidados no domínio da saúde mental, nacionais e estrangeiras, incluindo as famílias. O objectivo foi o de promover o debate em torno da saúde mental no sentido de encontrar linhas que pudessem servir de base à reestruturação e às orientações futuras. Das conclusões apresentadas pelos grupos de trabalho, aprovadas por Despacho Ministerial de 23 de Agosto de 1995 (Diário da República, II série, n.º 25, de 30 de outubro), aquela que aparece como prioritária é a necessidade de reformulação da Política de Saúde Mental, quer na sua vertente económica, (onde se verifica que os custos com o actual sistema são muito elevados), quer na sua vertente legislativa (verificada através da incongruência e contradição do sistema actual com o novo quadro dos serviços de saúde baseado na regionalização e na criação de unidades de saúde). Neste contexto são propostos um conjunto de princípios organizacionais que se constituem como a estrutura base que deverá incorporar todos os serviços de saúde mental modernos:

- “sectorização, que garanta a responsabilização pelos cuidados prestados em cada unidade geo-demográfica;

- continuidade de cuidados;
- desenvolvimento de cuidados a nível da comunidade;
- diversificação e coordenação comum dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector;
- articulação funcional dos Serviços especializados de Saúde Mental com os outros Serviços de Saúde;
- reestruturação da hospitalização psiquiátrica, no sentido da hospitalização dos doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada;
- envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de Saúde Mental” (CESM, 1995, pág.151).

Com base nestes princípios apresenta-se como indispensável a integração dos serviços de saúde mental no quadro dos serviços de saúde e desenha-se um modelo organizacional de saúde mental com as seguintes características:

- criação de dispositivos de Saúde Mental nas Unidades de Saúde para uma área geodemográfica de 250.000 habitantes;
- criação de Unidades de Saúde Mental Infanto-Juvenis nas Unidades de Saúde respeitando o mesmo rácio;
- criação de Serviços a nível regional capazes de apoiar os Serviços Locais implantados em cada Unidade de Saúde e ainda os Centros Regionais de Alcoologia. A nível regional estes Serviços deverão incluir também Serviços de Psiquiatria Forense, de Psicogeriatria (a criar) e de Toxicodependência.

Emerge também a necessidade de criação de uma Comissão Nacional de Saúde Mental dentro da Direcção Geral da Saúde com autonomia financeira “que coordene e se responsabilize pela elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação de um Programa Nacional de Saúde Mental, a desenvolver nos próximos três anos” (CESM, 1995, pág.152), e tendo como principais os seguintes objectivos:

- desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informação de Saúde Mental dada a ineficácia dos sistemas existentes;

- definição de padrões de qualidade dos Serviços de Saúde Mental por forma a ser possível a avaliação do desempenho da área da saúde mental;
- conjugação de esforços conducentes à revisão da lei da Saúde Mental;
- promoção de processos capazes de instaurar a necessária cooperação das entidades públicas, privadas e não governamentais no desenvolvimento dos cuidados de Saúde Mental.

A definição e regulamentação dos “tratamentos e internamentos compulsivos” aparece como uma dimensão a que é dada muita ênfase e o grupo de trabalho a quem coube a análise da legislação deteve-se, quase em exclusivo, nesta temática. Trata-se da definição das responsabilidades dos cuidados a prestar aos doentes mentais, nas quais importa garantir a articulação entre a área da Saúde, Justiça, Educação, Emprego e Segurança Social, Autarquias e ONG’s. Estreitamente ligada a esta temática surge também, com particular ênfase, a actividade Médico-Legal e a necessidade de dinamizar os Serviços de Psiquiatria Forense a nível Regional, assim como a cooperação Saúde Mental/Justiça com vista à aplicação de medidas de segurança a doentes designados por “inimputáveis perigosos” e à actuação da Psiquiatria Forense na área da Toxicodependência.

Na sequência deste Congresso, no final de 1997 e início de 1998, surge a proposta de revisão da Lei 2118 de 1963 que é levada a discussão nalgumas organizações públicas de assistência psiquiátrica.

Um dos porta-vozes da apresentação e discussão da proposta de Lei, Jaime Milheiro, refere que esta Lei assenta nas regras e recomendações aceites a nível internacional e sintetiza os princípios gerais da política de saúde mental, como “prestação de cuidados a nível comunitário; integração da assistência psiquiátrica nos serviços médicos e hospitalização tendencialmente realizada nos hospitais gerais” (Milheiro, 1997 b, pág.9).

Refira-se no entanto que esta proposta de Lei, aprovada e entretanto publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei nº 36/98 - Lei de saúde Mental), em 49 artigos consagra 44 para regular o internamento compulsivo. Esta questão relaciona-se com o facto de por um lado

haver necessidade de resolver um problema constitucional existente com a Lei anterior (n.º 2118), e por outro, quando a necessidade de tratamento não é reconhecida pelo doente, a Lei obriga a esse tratamento.

Jaime Milheiro justifica esse facto dizendo que “no internamento compulsivo, que em si mesmo é uma situação tão excepcional que um longo capítulo da proposta de Lei lhe é inteiramente dedicado, as restrições são as que estritamente decorrem da sua razão de ser. Restringem-se os direitos que o justificam, nomeadamente a temporária privação da liberdade, o tratamento não voluntário e a eventual segurança e funcionamento geral da instituição. Tudo limitado ao tempo da sua necessidade e segundo princípios fundamentais de proporcionalidade” (Milheiro, 1997 b, pág. 9).

A Lei nº 36/98 de 24 de Julho e o Diploma que a regulamenta (Decreto-lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro) definem sumariamente a organização dos serviços de saúde mental da seguinte forma:

- o modelo de referência é o comunitário;
- os serviços locais de saúde mental são a estrutura assistencial básica funcionando de forma integrada e em estreita articulação com os centros de saúde e demais serviços e estabelecimentos de saúde, com o departamento (quando se trata de hospital coincidente com a sede da sub-região de saúde ou que tenha uma área de influência igual ou superior a 200.000 habitantes) ou serviço de hospital geral (quando a respectiva área de influência é de cerca de 120.000 habitantes ou, excepcionalmente, quando por questões de localização está inviabilizada uma adequada resposta por parte do departamento que complementa).
- organizam-se por Região de Saúde, existindo serviços regionais para as valências que pelo grau de diferenciação ou de racionalização de distribuição de recursos não seja possível ou justificável o nível local;
- a actividade assistencial é prestada por equipas multiprofissionais, uma por cada sector geodemográfico, correspondendo a cerca de 80.000 habitantes;
- o ambulatório desenvolve-se sempre que possível nos centros de saúde, em



articulação com os clínicos gerais/médicos de família e o internamento de doentes agudos bem como as respostas em situações urgentes decorrem tendencialmente em hospitais gerais;

- os cuidados na área da infância e da adolescência são prestados através de equipas específicas e de modo articulado com as vertentes afins, integrados nos serviços locais de saúde mental;
- a comparticipação governamental na reabilitação psicossocial, nas vertentes ocupacional, residencial e de formação e exercício profissional é assumida através da articulação das estruturas oficiais da saúde, da segurança social e do emprego (com uma primeira concretização através das medidas preconizadas pelo Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade nº407/98 e pela Portaria do Ministro do Trabalho e da Solidariedade nº348-A/98, que cria as empresas de inserção, cujos conteúdos adiante se indicam);
- aos hospitais psiquiátricos incumbe assegurar, a par de cuidados de nível local, a disponibilização de respostas específicas de âmbito regional que exijam intervenções predominantemente institucionais, de cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes bem como “...prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde...” (artigo 7º, nº2, do Decreto-Lei nº35/99).

Por forma a facilitar a análise e entendimento do modelo organizativo de prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental actual, iremos apresenta-lo de forma sintetizada nos quadros 1 e 2.

**Quadro nº1.** Proporção ideal de recursos humanos por nº de habitantes

<b>Classes Profissionais</b>	<b>Nº Profissionais/ Habitantes</b>
Médicos Psiquiatras Chefes de Serviço	1/75.000 hab.
Médicos Psiquiatras Assistente/graduado	1/25.000hab.
Psicólogos	1/50.000Hab.
Terapeutas Ocupacionais	1/50.000Hab.
Enfermeiros	6/25.000hab.
Assistente Sociais	1/50.000hab.

**Fonte:** Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral de Saúde

**Quadro n. 2** Caracterização genérica do modelo assistencial de Saúde Mental Adultos

Estruturas	Recursos	População Alvo
Nível Regional		
Gabinete De Apoio Técnico	Equipa Pluridisciplinar de assessoria da ARS	Região de Saúde
Conselho Regional de Saúde Mental	Constituída por Profissionais de Saúde mental de várias áreas com o objectivo de emitir pareceres sobre o plano regional e de actividades dos serviços vocacionados para este tipo de cuidados.	Região de Saúde
Nível Local		
a) Adultos		
Hospital Geral	Departamento e/ou Serviço	Sub-região – 120.000 /250.000
Equipa Comunitária de Sector	Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes sociais, Terapeutas Ocupacionais	80.000 habitantes por sector geodemográfico
Unidade de Internamento de doentes Agudos	10 camas	100.000 habitantes
Hospital de Dia	10 lugares	100.000 habitantes
Área de Dia	1 lugar	80.000 habitantes
Consultas Externas	Em articulação com os clínicos Gerais/médicos de família, preferencialmente nos Centros de Saúde	
Atendimento Permanente	Integrado nos Serviços de Urgências do Hospital geral da Zona	
Unidades de Reabilitação	Unidades de Treino e reinserção socioprofissional, articuladas com estruturas residenciais e de emprego	
Fórum Sócio Ocupacional	Resposta articuladas com acção social, geridas por organizações não governamentais, supervisionadas pelo estado	30 utentes
Unidade de Vida Apoiada		20 utentes
Unidade de Vida Protegida		5 a 7 utentes
Unidade de Vida Autónoma		5 a 7 utentes
b) Crianças e Adolescentes		
Serviço (de Departamento de Saúde Mental) Unidade Funcional (de serviço de Saúde Mental)	Equipas multiprofissionais específicas, articuladas com os estabelecimentos de ensino	

**Fonte:** Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral de Saúde

Finalmente, importa considerar o papel das entidades privadas na prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, em particular da relevante intervenção das Ordens Hospitaleiras dos Irmãos de São João de Deus e das Irmãs do Sagrado Coração de Jesus.

Com capacidade instalada idêntica ao Serviço Nacional de Saúde (Barcelos e Braga – Região Norte; Guarda e Condeixa – Região Centro; Telhal e Idanha - Lisboa; Unidade para deficientes profundos em Assumar – Portalegre) e iniciativas pioneiras a nível de alternativas residenciais comunitárias, no território continental disponibilizam sobretudo camas para doentes crónicos em regime residencial, bem como para agudos na totalidade da Sub-Região de Saúde de Braga, parcialmente na de Viana do Castelo e simultaneamente com os serviços públicos, independentemente da capacidade de resposta destes em cada momento, nas Sub-Regiões de Lisboa e Coimbra.

O acordo estabelecido entre ARS Norte e de Lisboa e Vale do Tejo com estas Ordens Religiosas, numa lógica de diminuição das despesas públicas e de promoção da continuidade dos cuidados de saúde, prevê o seguinte:

- são as Ordens Religiosas que asseguram a globalidade dos cuidados às populações abrangidas pelos Hospitais de Famalicão e de Barcelos, mantendo entretanto o apoio no internamento de doentes agudos das áreas de abrangência dos Hospitais de Braga e Guimarães, enquanto as respectivas unidades de internamento previstas não estiverem a funcionar;
- em Lisboa, por se ter avaliado que o Hospital Fernando da Fonseca apresentava dificuldades de resposta, é assegurado também por estas Instituições o internamento dos utentes pertencentes ao concelho de Sintra, embora a assistência médica fique a cargo da equipa do Hospital Miguel Bombarda que está adstrita a esta área geodemográfica.

Tendo então neste ponto do capítulo analisado a evolução das políticas de saúde mental em Portugal, implementadas no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas que apresentam problemas de saúde mental (sem deixar de termos em conta o contexto socio-político e económico vigente em cada época), iremos no ponto seguinte caracterizar quer em termos qualitativos e quantitativos, quer em termos da própria natureza ou especificidade, a resposta assistencial existente actualmente em Portugal para fazer face à doença mental.

## **2.2. Caracterização da Resposta Assistencial Actual**

Pretendemos neste ponto do trabalho analisar a resposta assistencial de cuidados de Psiquiatria e saúde mental em Portugal, identificando e caracterizando o tipo de respostas existentes em especial, o hospital psiquiátrico e as estruturas comunitárias. É nosso propósito também identificar as estruturas de prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental existentes em cada sub-região de saúde, referindo ainda algumas das acções previstas para implementação. Esta caracterização possibilitará também percebermos a actual política de saúde mental relacionando-a com o sistema existente na prática de prestação de cuidados nesta área. Contudo, como esta lei é ainda muito recente (data de 1998), na análise do sistema existente reportarmos-emos também à lei de 1963 que se encontrou em vigor até 1998 e que ainda marca o sistema assistencial.

### **2.2.1. Hospitais Psiquiátricos**

Como referimos anteriormente, a exemplo do que aconteceu na generalidade dos países desenvolvidos, também em Portugal a partir da década de 70, a progressiva (embora lenta e com flutuações) criação de serviços descentralizados, associada a uma indiscutível melhoria da intervenção terapêutica, reduziu de forma significativa a necessidade e a duração dos internamentos e reforçou a controvérsia à volta dos hospitais psiquiátricos.

O quadro n.º 3 referencia a evolução do número de camas nos seis principais hospitais psiquiátricos, onde é facilmente observável a diminuição da lotação ocorrida. Na análise cuidada dos dados apresentados no referido quadro é notória a diminuição para cerca de metade da lotação nos hospitais mais antigos (Conde Ferreira, Sobral Cid, Júlio de Matos, Miguel Bombarda) em 2000 por comparação com o ano de 1970. Esta situação parece evidenciar, por um lado, que os internamentos passaram a ser distribuídos por outros tipos de respostas (hospitais gerais e estruturas comunitárias), mas fundamentalmente trata-se de um sintoma claro da diminuição das necessidades em termos de internamento, resultantes dos avanços efectuados ao nível da terapêutica que

possibilitaram internamentos mais curtos e seguimento em regime de ambulatório, conforme referimos no capítulo anterior. A reforçar esta ideia temos o facto do Hospital Magalhães Lemos, tratando-se de um hospital mais recente, da década de 70, já constituído de acordo com uma perspectiva mais actual da psiquiatria, apresentar a menor lotação prevista de todos os hospitais e nunca ter atingido em todo o seu historial os números máximos de ocupação previstos inicialmente.

**Quadro nº 3.** Identificação dos Hospitais Psiquiátricos e Caracterização da Evolução da Lotação por anos

Hospital	1970	1988	1996	2000
Hospital Conde Ferreira	600	402	405	365
Hospital Magalhães Lemos	a)	138	144	120
Hospital Sobral Cid	630	281	237	190 b)
Hospital do Lorrão	-----	259	204	220 c)
Hospital Júlio de Matos	1364	653	531	531
Hospital Miguel Bombarda	1026	581	352	325 d)

**Fonte:** Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral De Saúde

- a) Ano de inicio da lotação de 400 camas, embora o número máximo utilizado nunca tivesse excedido as 160;
- b) Acresce uma Unidade de Inimputáveis, de responsabilidade da D. G. dos Serviços Prisionais e com gestão contratualizada com o Hospital, com 60 camas;
- c) Acresce uma Unidade de Inimputáveis, de responsabilidade da D. G. dos Serviços Prisionais e com gestão contratualizada com o Hospital, com 30 camas;
- d) Acresce uma Unidade de Inimputáveis, de responsabilidade da D. G. dos Serviços Prisionais e com gestão contratualizada com o Hospital, com 45 camas;

De acordo com esta lógica de reconversão e encerramento de alguns hospitais psiquiátricos, foram imprimidas algumas mudanças nas três principais sub-regiões de saúde (Norte, Centro e sul e Vale do Tejo), onde se situam os seis hospitais especializados.

Assim, através do Despacho nº 1/92, de 5 de Fevereiro, publicado no diário da República de 12 de Março, foi criado no espaço físico até então ocupado pelo Hospital Júlio de Matos, o Parque de Saúde de Lisboa, onde foram implementadas várias estruturas centrais do Ministério da Saúde (INFARMED, INS, SUCH e arquivos da Secretaria Geral e da DGIES), bem como serviços da ADSE e da Inspeção do Trabalho, arquivos dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o novo Centro de Saúde de Alvalade e duas I.P.S.S. para além de outras estruturas já antes aí instaladas – A Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, o Centro Regional de Alcoologia de Lisboa e unidades do

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do hospital de D. Estefânea.

Mais recentemente, através da Portaria nº782/99, de 1 de Setembro, foi constituído o Grupo dos Hospitais Psiquiátricos da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com o objectivo de "...prosseguir a reorganização dos serviços de saúde mental com a máxima rentabilidade e eficiência..., que permite a definição e execução de estratégias comuns..."(Portaria nº782: 1999).

Na Região de Saúde do Norte, por decreto lei nº 131/98, de 13 de Maio, a gestão do Hospital do Conde de Ferreira passou a ser assegurada pelo Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos. É definida também a devolução, a partir de 31 de Dezembro de 2001, das instalações do velho Hospital ao seu proprietário, a Santa Casa da Misericórdia do Porto, e consequente desactivação da rede pública.

Na Região de Saúde do Centro, onde se situa o maior número de camas psiquiátricas do país (em paralelo com as Ordens Religiosas), foi proposto em 1998 um plano de reestruturação, no sentido de se efectuar uma gestão mais racional e de qualidade das estruturas existentes. O plano proposto pela Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (ainda não aceite) prevê a constituição do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, que integraria o Hospital de Sobral Cid, o Centro de Recuperação Psiquiátrica de Arnes e o Hospital do Lorvão, que seria desactivado a curto prazo, devido à sua localização de difícil acesso e às características das instalações.

### **2.2.2. Serviços Locais Integrados em Hospitais Gerais**

A legislação actual estabelece que os departamentos de psiquiatria e saúde mental, eventualmente complementados por serviços e integrando, sempre que possível, serviços ou unidades funcionais de saúde mental da infância e da adolescência são estruturas de hospitais gerais e constituem os Serviços Locais de Saúde Mental.

A criação, a partir de 1996, de vários departamentos e serviços em hospitais gerais diminuiu significativamente a área de influência dos hospitais psiquiátricos especializados para ratios mais aproximados dos definidos internacionalmente. Esta efectiva

descentralização de cuidados permite que os hospitais psiquiátricos possam ser perspectivados em termos de serviços regionais, mais diferenciados e suplectivos aos serviços locais.

Em termos objectivos, no que se refere às respostas centralizadas nos hospitais gerais, a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental preconiza:

- um departamento de psiquiatria e saúde mental por distrito/sub-região de saúde menos populoso ou com dois hospitais gerais de nível 1 (Bragança, Viana do Castelo e Vila Real na Região Norte; Castelo Branco, Covilhã e Guarda no Centro; Beja, Évora e Portalegre no Alentejo).
- um departamento nos hospitais com área de influência mais alargada, correspondendo em termos genéricos a áreas metropolitanas (Braga, Guimarães, Valongo e Vila Nova de Gaia na Região Norte; Aveiro e Santa Maria da Feira na Região Centro; Santarém, Tomar, Almada, Amadora, Barreiro, São Francisco Xavier na Região Sul).
- um departamento em hospital com área de influência de maior dimensão complementado com um serviço em hospital de menor dimensão, em distritos mais populosos ou extensos (Viseu e Lamego, Leiria e Caldas da Rainha, Figueira da Foz em relação a Coimbra, Setúbal e Santiago de Cacém, Faro e Portimão).

Da análise comparativa entre os «Censos Psiquiátricos de Um Dia» realizados em 1988 e 1996, pela Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, o número de doentes agudos no Hospital de Miguel Bombarda diminuiu cerca de 44% e no Hospital Júlio de Matos cerca de 27,5%. Por outro lado, o número de doentes de evolução prolongada também diminuiu cerca de 40% e 23% respectivamente (situações mais significativas), o que enfatiza o facto dos doentes começarem a ser enquadrados nouro tipo de respostas. Reforça ainda esta ideia o acentuar deste decréscimo a partir de 1997, com a criação do Serviço de Saúde Mental do Hospital de Amadora-Sintra e a transferência, em Maio de 1998, da assistência ao concelho de Cascais para o departamento do Hospital de São Francisco Xavier.

De acordo com a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental esta tendência ainda será mais acentuada no futuro com a transferência a curto prazo, dos concelhos de Almada e Seixal para o Hospital Garcia da Horta e a concretização do internamento de doentes agudos em instalações próprias, nos Hospitais de Setúbal e Santarém, prescindindo-se do actual recurso aos Hospitais de Miguel Bombarda e Júlio de Matos.

Na cidade do Porto esta tendência de diminuição do número de internamentos de doentes agudos nos hospitais psiquiátricos também é claramente observável, com a inauguração, em 2000 das instalações de Centro Hospitalar de Gaia e o já previsto encerramento do Hospital do Conde Ferreira. Tudo aponta para que esta tendência seja ainda mais reforçada com a abertura próxima das novas instalações do Hospital do vale de Sousa, seguido da Unidade de Internamento do Hospital de Valongo.

Finalmente, como demostram os «Censos Psiquiátricos de Um Dia» realizados em 1988 e 1996, o número de doentes crónicos com o estatuto de residentes nos hospitais psiquiátricos (e em alguns serviços ou departamentos de hospitais gerais) tem diminuído, embora permaneçam ainda um número considerável de utentes que apresentam um maior grau de dependência ou nos casos em que existe ausência de outro tipo de suporte social. Para dar resposta a esta situação, em 1999, por despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, foram aprovadas algumas orientações de intervenção articulada de apoio social e de cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, que iremos a seguir caracterizar.

### **2.2.3. Estruturas Comunitárias**

Enquadrado com a nova Lei de Saúde Mental o Despacho conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho, vem referenciar um conjunto de equipamentos sociais que, assentes no modelo comunitário e numa lógica de reabilitação e inserção social têm como principal objectivo melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença mental.

O Estado, assumindo que estes equipamentos devem estar enquadradas em Organizações Não Governamentais (ONG) e em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), procura mobilizar a sociedade civil a organizar-se e a assumir alguma



responsabilidade nesta matéria, numa atitude supletiva em relação a ele. Por outro lado também manifesta um sinal de alguma desvinculação em relação à constituição de equipamentos que considera tão fundamentais na promoção da qualidade de vida e inserção social do cidadão com doença mental.

O quadro n.º 4 procura identificar as estruturas não governamentais e IPSS existentes em Portugal ligadas à prestação de cuidados na área da reabilitação psicossocial. Da sua análise é notória uma certa centralidade ao nível das três principais sub-regiões de saúde (Norte, Centro e Sul e Vale do Tejo ), em particular da do Sul e Vale do Tejo em detrimento das restantes sub-regiões, inviabilizando ou pelo menos dificultando a acessibilidade por parte de todas as pessoas com problemas de saúde mental a estas estruturas. Por outro lado, o número destas instituições especializadas ainda é muito reduzido, assumindo pouca expressão ou pelo menos não tanta como seria desejável, por comparação com o sistema público de cuidados de saúde.

**Quadro n.º4.** Identificação das ONG's e IPPS na Área da Reabilitação Psicossocial – Outubro de 2000

<b>Nome</b>	<b>Região</b>
AASPS – Associação de Apoio e Segurança Psicossocial	Lisboa
AEIPS – Associação de Estudo e Integração Psicossocial	Lisboa
Associação de Saúde Mental Dr. Fernando Ilharco	Lisboa
Centro Paroquial e Social de Alcântara	Lisboa
ACSMLO – Associação Comunitária de Loures Ocidental	Lisboa
GAC – Grupo de acção Comunitária	Lisboa
ADMD – Associação de Maníaco-Depressivos	Lisboa
Casa de saúde da Idanha	Lisboa
ACARPS – Associação Comunitária da Amadora para a Reabilitação psicossocial	Lisboa
Associação PERSONA	Lisboa
APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental	Lisboa
Associação PERSONA	Lisboa
APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental	Lisboa
A FARPA	Lisboa
Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais	Lisboa
WARP – Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial	Lisboa
Associação Portuguesa para Protecção aos Doentes Autistas	Lisboa
Centro Paroquial de assistência de Santa Casa de Belém	Lisboa
Centro Comunitário da Paróquia da Parede	Lisboa
Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão – Ranholas	Lisboa
ARSDOP – Associação de Reabilitação Social e Desinstitucionalização de Doentes Psiquiátricos	Lisboa
RUMO – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL	Lisboa
AFISM – Associação de Formação e Investigação de Saúde Mental	Centro
ASSOL – Associação de Solidariedade de Lafões	Lafões
DORIAL – Saúde Mental, lda	Centro
Santa Casa da Misericórdia de Ilhavo	Ilhavo
ASMAL – Associação de Saúde Mental do Algarve	Algarve
Associação Nova Aurora	Porto
Casa de saúde do Bom Jesus	Braga
ACSM – Associação Comunitária de Saúde Mental	Algarve
Santa Casa da Misericórdia de Albufeira	Algarve
Casa de Saúde do Telhal	Setúbal
Associação LAÇO	Évora

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Ainda no que se refere às estruturas comunitárias o despacho conjunto n.º 407/98, vem assim regulamentar acordos de cooperação entre serviços competentes do Centro Regional de Segurança Social, das Administrações Regionais de Saúde , IPSS, ONG e Autarquias, no sentido de serem constituídas as estruturas que iremos a seguir caracterizar:

Fórum Ocupacional - Equipamento destinado a pessoas com problemas de saúde mental, com dificuldades transitórias ou permanentes, visando a reinserção socio-familiar ou profissional. Tem por objectivo desenvolver actividades ocupacionais que promovam a

reinserção dos destinatários (formação profissional e emprego em mercado normal ou protegido) e apresenta uma lotação máxima para trinta utentes.

Unidade de Vida Apoiada – trata-se de uma resposta habitacional destinada a pessoas que, por limitações mentais crónicas (nível de deterioração funcional acentuado) e factores sociais graves (ausência de outro tipo de suporte social como a família), não conseguem organizar, sem apoio, as actividades da vida diária. Tem por objectivo promover a integração dos utentes em estrutura residencial, em programas de readaptação ou em alternativas socio-ocupacionais e apresenta uma lotação máxima de vinte utentes e necessita de uma equipa multidisciplinar permanente.

Unidade de Vida Protegida - é uma estrutura habitacional transitória, que enquadrada em programas de reabilitação psicossocial, se destina ao treino de autonomia de pessoas com problemas de saúde mental graves e de evolução crónica estável. Tem de lotação máxima cinco a sete utentes e implica a existência de uma equipa multidisciplinar de retaguarda que viabiliza a aquisição de competências nos vários domínios de vida, no sentido de promover a autonomia.

Unidade de Vida Autónoma – Trata-se de uma estrutura habitacional destinada a pessoas com problemas de saúde mental, estabilizadas do ponto de vista psicopatológico e que apresentam um nível de autonomia satisfatório nos vários domínios de vida e apresenta uma lotação de cinco a sete utentes e necessita apenas do mínimo de apoio técnico.

O Quadro n.º 5 apresenta a quantidade e natureza das estruturas existentes em cada Região do País e referencia ainda o número de utentes que se encontravam lá integrados em Outubro de 2000.

**Quadro n.º 5.** Número de Unidades de Vida e Foruns Socio-Ocupacionais Existentes em Portugal e Número de Pessoas com Problemas de Saúde Mental que Integram – Outubro de 2000

<b>Tipo de Estrutura</b>	<b>N.º de Estruturas</b>	<b>Região</b>	<b>N.º Utentes integrados</b>
Forum Socio-ocupacional	3	Norte	95
Unidade de Vida Apoiada	1	Norte	20
Unidade de Vida Protegida	1	Norte	7
<b>Sub-Total</b>	<b>5</b>		<b>122</b>
Forum Socio-Ocupacional	10	Lisboa e Vale do Tejo	228
Unidade de Vida Apoiada	3	Lisboa e Vale do Tejo	44
Unidade de Vida Protegida	10	Lisboa e Vale do Tejo	61
Unidade De Vida Autónoma	5	Lisboa e Vale do Tejo	25
<b>Sub-Total</b>	<b>28</b>		<b>358</b>
Forum Socio-Ocupacional	1	Centro	30
<b>Sub-Total</b>	<b>1</b>		<b>30</b>
Forum Socio-Ocupacional	2	Alentejo	20
Unidade De Vida Autónoma	2	Alentejo	27
<b>Sub-Total</b>	<b>4</b>		<b>47</b>
Forum Socio-Ocupacional	2	Algarve	60
Unidade de Vida Apoiada	2	Algarve	40
<b>Sub-Total</b>	<b>4</b>		<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>		<b>657</b>

**Fonte:** Ministério do Emprego e Solidariedade

A análise do quadro reforça a ideia já referenciada da assimetria existente em relação a este tipo de respostas, mais centralizadas na Região de Saúde do Sul e Vale do Tejo. As duas outras grandes Regiões de Saúde, a do Norte e Centro dispõe ainda de número muito reduzido destes equipamentos (e por conseguinte de pessoas que beneficiem deles) o que demonstram uma deficiente resposta em termos da reabilitação psicossocial de pessoas com problemas de saúde mental, e que estes cuidados de saúde especializados ainda se desenvolvem segundo a perspectiva tradicional ou clássica, centrada nos hospitais especializados.

Por outro lado e enquadrada numa mesma lógica de promoção da inserção social das pessoas com problemas de saúde mental constituíram-se vários programas no âmbito do «mercado social de emprego», que se constituem como a principal resposta do Estado neste âmbito. Partindo do princípio que só há uma verdadeira e sustentada integração social, se for assegurada a autonomia profissional e por conseguinte financeira, a Portaria

348-A de 18 de Junho de 1998 vem criar as Empresas de Inserção dirigidas também a pessoas com problemas de saúde mental.

No sentido de combater a exclusão social, que constitui “uma intolerável situação de impedimento à participação na condição plena de cidadania e à partilha, com os outros, de condições de vida dignas por parte de pessoas, famílias e grupos desfavorecidos” ( Portaria 348-A, 1998), no qual se incluem as pessoas com problemas de saúde mental, o Estado apoia a criação de postos de trabalho, financiando até 50% as despesas de constituição da empresa de inserção e pagando durante 6 meses 70% da bolsa de formação profissional, prevista para cada funcionário e a partir daí e até 2 anos do funcionamento da empresa, financiando com cerca de 80% do vencimento (salário mínimo nacional) da cada elemento. As empresas de inserção, tratando-se de pessoas colectivas sem fins lucrativos, que podem assumir em termos de figura jurídica, o estatuto de Associação, Cooperativa, Fundação ou Instituição Particular de Solidariedade Social, são ainda apoiadas a nível técnico pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional e por equipas de enquadramento ligadas a entidades públicas ou privadas, promotoras do processo. O objectivo máximo é o de proporcionar um processo de formação profissional que visa o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais, seguida do exercício de uma actividade na empresa, possibilitando deste modo a consolidação das competências adquiridas, se consiga a integração socio-profissional de pessoas com doença mental, melhorando os níveis de autonomia e qualidade de vida.

Como complementaridade das empresas de inserção e no sentido de facilitar o processo de integração nas várias modalidades de emprego disponíveis (emprego no mercado normal de trabalho, mercado social de emprego, emprego protegido) são também criadas as Unidades de Vida Activa (UNIVA – Despacho Normativo n.º 87/97 de 5 de Junho). Este programa, também apoiado pelo I.E.F.P., que fornece recursos materiais e humanos, visa essencialmente sensibilizar as entidades patronais para a contratação de pessoas com doença mental (informando dos vários programas de apoio à contratação) para que se possa constituir de uma rede de empresas potencialmente empregadoras.

O Quadro n.º6 identifica as instituições que possuem estruturas especializadas na habilitação profissional, enquadradas em programas mais alargados de reabilitação

psicossocial de pessoas com problemas de saúde mental. De acordo com o que podemos observar no quadro, o número de pessoas que estão integradas em programas específicos de reabilitação e inserção profissional é ainda muito reduzido, sem significância se compararmos com o universo de pessoas que apresentam problemas de saúde mental em Portugal e que provavelmente lucrariam com este tipo de respostas quer em termos do aumento da autonomia funcional quer em termos da melhoria da qualidade de vida. Se levarmos em linha de conta as enormes dificuldades que as pessoas com disfunções psiquiátricas apresentam ao nível da integração no mercado normal de trabalho ou em estruturas de formação e integração profissional mais vocacionadas para deficientes motores ou intelectuais, diríamos que muito há a fazer nesta área, para não dizer quase tudo. A verdadeira reabilitação e inserção social é aquela que possibilita a aquisição e sustentação da autonomia em relação a terceiros com aumento da qualidade de vida. Nessa perspectiva, a autonomia profissional assume-se como uma das dimensões mais importantes em todo o processo, não só pelo ajustamento psicológico que possibilita (aumento da auto-estima, auto-confiança, auto-conceito, etc) mas também pelo garante da sustentabilidade financeira, tão fundamental em todo o processo de independência.

**Quadro n.º6** Número de Pessoas com Problemas de Saúde Mental Integrados em Programas de Reabilitação Profissional e Respectivas Entidades Promotoras – Outubro de 2000

<b>Entidades Promotoras de Programas de Reabilitação Profissional</b>	<b>Região</b>	<b>N.º de Utentes Participantes</b>
ASMAL	Algarve	53
AEIPS	Lisboa	45
ARIA	Lisboa	20
Casa de Saúde do Telhal	Lisboa	28
Hospital Júlio de Matos	Lisboa	15
Hospital Miguel Bombarda	Lisboa	50
Polisercoop	Lisboa	15
ARSDOP	Centro	22
Hospital Psiquiátrico do Lorrvão	Centro	8
Hospital Sobral Cid	Centro	56
<b>Total</b>		<b>312</b>

**Fonte:** Ministério do Emprego e Solidariedade – Instituto do Emprego e Formação Profissional

Para termos uma ideia mais clara da evolução da resposta comunitária por comparação com a resposta tradicional – o hospital psiquiátrico – podemos observar no quadro n.º 7 alguns dados fornecidos pela Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental que compara o número de camas existentes nestas duas lógicas assistenciais. Apesar da legislação de 1963 já prever a implementação de estruturas comunitárias, de facto elas eram praticamente inexistentes em 1970 e embora tivesse ocorrido uma explosão do número de camas em serviços comunitários a partir do início da década de 90, o certo é que esse número se mantém ainda hoje em cerca de metade por relação às existentes nos hospitais psiquiátricos. Este facto mais uma vez evidência que a tónica da prestação cuidados de psiquiatria e saúde mental ainda se mantém nos grandes hospitais especializados. Outro aspecto digno de referencia, é o facto dos serviços privados, na sua maioria Ordens Religiosas, manterem um número de camas uniforme ao longo dos tempos, sendo em 1999 quase igual ao número de camas dos hospitais psiquiátricos. Esta situação parece evidenciar que as Ordens Religiosas se assumem como um garante na sustentabilidade do sistema de prestação de cuidados em paralelo com o sector público. É interessante verificarmos que o número de camas diminuiu no sector público embora o mesmo não tenha ocorrido no sector privado e que estas estruturas são comparticipadas financeiramente pelo Estado. Será que as Ordens Religiosas suportam uma fatia do «mercado» ( mais ao nível dos doentes crónicos) que era então suportado pelo Estado e que a diminuição de número de camas inviabilizou? Ou será que ocorreu um aumento no número de doentes psiquiátricos, já que também passaram a existir mais estruturas comunitárias? São algumas questões que se nos levantam mas que não temos dados objectivos que nos permitam obter uma resposta.

**Quadro n.º 7.** Evolução do N.º de Camas em Instituições de Psiquiatria

<b>Ano</b>	<b>Hospitais Psiquiátricos</b>	<b>Serviços Comunitários</b>	<b>Privados</b>
1970	3984		2000
1993	2644	1289	2000
1999	2101	1218	2000

**Fonte:** Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde

Se por outro lado analisarmos o número de camas dirigidas para doentes de evolução prolongada e para doente agudos, (conforme referenciam os dados que também

apresentamos a seguir no quadro 8 e 9), constatamos que o número de camas específicas para doentes crónicos é de cerca quatro vezes mais nos hospitais psiquiátricos por relação aos serviços comunitários. Esta situação demonstra uma clara contradição do sistema, já que se considerarmos os serviços comunitários como o principal instrumento de desinstitucionalização de doentes crónicos concluímos que não existiriam camas suficientes para cobrir muitos dos doentes que são «empurrados» para viver dentro dos hospitais especializados, que continua, mesmo para estes, a ser a principal resposta assistencial. Não devemos deixar de enfatizar também que o grande número de camas existentes no hospital psiquiátrico está relacionado com o número de doentes crónicos que se encontram lá a residir, pela ausência significativa de outros suportes sociais e por práticas clínicas que «empurraram» estas pessoas para «entre muros», conforme caracterizamos anteriormente.

**Quadro n.º 8.** N.º de Camas da Rede Pública de Psiquiatria em 1999

	Hospitais Psiquiátricos	Serviços Comunitários
<b>Agudos</b>	565	841
<b>Crónicos</b>	1536	377
<b>Total</b>	2101	1218

**Fonte:** Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde

**Quadro 9.** “Censo de Um Dia” dos doentes internados em serviços de psiquiatria em 1988 e 1996

Ano	Duração do Internamento	Hospitais Públicos	Serviços Comunitários	Privados	Total
	< 2 Meses	620			620
1988	2 Meses a 1 Ano	194			194
	> 1 Ano	1703	316		2019
	<b>Total</b>	2517	316		2833
	< 2 Meses	456	476	169	1101
1996	2 Meses a 1 Ano	182	82	134	398
	> 1 Ano	1347	444	1635	3426
	<b>Total</b>	1985	1002	1938	4925

**Fonte:** Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde

Tendo sido efectuada a análise da resposta assistencial actual de psiquiatria e saúde mental em Portugal em função do tipo de estrutura (hospital psiquiátrico, estruturas comunitárias e serviços locais de saúde), iremos no ponto seguinte caracterizar a



distribuição deste equipamentos por região de saúde, por forma a melhor visualizarmos os seus impactos junto da população.

#### **2.2.4. Caracterização dos Recursos Existentes por Região de Saúde**

Neste ponto do trabalho pretendemos caracterizar os recursos humanos existentes nas Instituições Públicas ( não tivemos acesso aos dados que caracterizam as IPSS ou ONG's) que prestam cuidados de psiquiatria por Região de Saúde. Quantificaremos ainda a resposta assistencial que se encontra instalada e identificaremos algumas das medidas previstas para serem implementadas por cada Região de Saúde.

##### **2.2.4.1. Região de Saúde do Norte**

De acordo com o quadro n.º 10 é notória a importância que assumem os grandes hospitais especializados em psiquiatria ( Hospital Conde Ferreira e Magalhães Lemos) na prestação de cuidados nesta Região de Saúde, já que apresentam uma lotação bastante superior por relação com as restantes instituições e por conseguinte também lhes estão afectos um maior número de recursos humanos, como podemos verificar no quadro n.º11. De qualquer forma é de salientar não só o número de hospitais gerais que já apresentam departamentos ou serviços de psiquiatria bem como o encerramento já previsto do maior hospital especializado, que inverterá consequentemente a tendência a cima referenciada e aproximará esta região de saúde do previsto politicamente – a integração preferencial dos cuidados de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais.

**Quadro N.º10** Lotação das Instituições Públicas que prestam Cuidados de Psiquiatria

Instituição	Camas			Hospital/Área de Dia
	Doentes Agudos	Doentes Crónicos	Total	
Hospital Magalhães Lemos	100	20	120	16+16+8 a)
Hospital Conde Ferreira	95	270	365	---
Centro Hospitalar Gaia	30	---	30	10
Centro Hospitalar Vale Sousa	28	---	28 b)	---
Hospital Amarante	23	27	50	10
Hospital Braga	21 c)+22 d)	52	73	5+25 e)
Hospital Bragança	50	22 f)	72	---
Hospital São João	30	---	30	12
Hospital Valongo	---	---	----	10
Hospital Viana do Castelo	24	40 g)	64	10 h)
Hospital Vila Real	24	---	24	12 i)
Pedopsiquiatria	12	---	---	12

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

- a) Capacidade Instalada, respectivamente, em hospital de dia geral, área de dia e hospital de dia geriátrico;  
b) A inaugurar no ano de 2001;  
c) Unidade de Alcoologia;  
d) Iniciou-se em janeiro de 2001;  
e) Respectivamente de Hospital e área de dia  
f) A aumentar para 60, para receber doentes do Hospital Conde Ferreira;  
g) Na Unidade da Gelfa;  
h) A abrir em 2002;  
i) Prevista para 2001

**Quadro n.º11** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Psiquiatria Adultos

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros
H. Magalhães Lemos	38	9	5	10	50
H Conde Ferreira	33	2	---	5	94
C Hospitalar Gaia	11	5	---	3	15
C Hospitalar Vale Sousa	6	1	---	2	2
H. Amarante	5	1	2		20
H. Braga	14	1	---	3	20
H. Bragança	4	1	---	1	30
H. São João	28				
H. Viana do Castelo	8	1	---	3	29
H. Vila Real	3	2	---	1	20

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Ao nível da pedopsiquiatria, pelo que nos é dado a observar no quadro n.º12, o Hospital Maria Pia, através do seu Departamento de Pedopsiquiatria, que ainda funciona dentro das instalações do Hospital de Magalhães Lemos, onde estão afectos o maior número de recursos humanos, quer em quantidade quer em diversidade, parece ser o grande pilar da prestação de cuidados dirigidos para esta população específica.

De qualquer forma não deixa de ser relevante a intenção desta região de saúde em constituir em vários hospitais gerais unidades destinadas a crianças e adolescentes, possibilitando-se assim uma maior descentralização e melhor qualidade de serviços.

**Quadro n.º12** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/Departamentos Públicas de Saúde Mental da Infância e Adolescência

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Terapeuta da Fala	Educadoras de Infância
H. Maria Pia	15	7	2	5	13	---	4
C.H. Gaia	2	---	---	---	---	---	---
C. H. Vale Sousa	2	---	---	---	---	---	---
H. Amarante	---	---	---	---	---	---	---
H. Braga	1	---	---	---	---	---	---
H. Bragança	1	---	---	---	---	---	---
H. São João	2	---	---	---	---	---	---
H. Viana do Castelo	---	---	---	---	---	---	---
H. Vila Real	1	---	---	---	---	---	---

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Segundo a Direcção Geral da Saúde, estão previstas as seguintes acções de desenvolvimento dos cuidados de psiquiatria e saúde mental para a Região de Saúde do Norte:

- obras no Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, para adaptação ao acréscimo de área assistencial decorrente do processo de encerramento do Hospital Conde Ferreira;
- projecto de reconversão, com financiamento do PIDDAC 2000, da Unidade de Crónicos do DPSM do Hospital de Bragança e obras de beneficiação das instalações do mesmo;

- criação da Unidade de Internamento de Agudos do Hospital de Viana do Castelo, permitindo reconverter a Unidade da Gelfa para casos de evolução intermédia e encerramento da Unidade de Paredes de Coura, Financiamento em PIDDAC 2000;
- encontra-se em fase de estudo a criação das unidades de saúde mental adultos e unidades destinadas a crianças e adolescentes nos Hospitais de Santo António, Pedro Hispano, Santo Tirso, Barcelos, Vila Nova de Famalicão e no futuro Hospital de Vila do Conde / Póvoa de Varzim;
- encontra-se em fase de estudo a beneficiação da Unidade de Internamento de Travanca (antigo Convento Medieval), do DPSM do Hospital de Amarante, destinada a doentes agudos e crónicos, embora se preveja, numa segunda fase, a construção de novas instalações no espaço físico do Hospital de Amarante, destinadas só a doentes agudos e ao ambulatório;
- nova proposta de revisão do modelo de gestão da Unidade Residencial para Deficientes Mentais complexos, em Gemunde. Prevê-se a criação de uma Unidade de Vida, ao abrigo do despacho conjunto n.º 407/98, transferindo-se a gestão do DPSM do Hospital de Braga para uma IPSS, assumindo aquele departamento apenas o apoio clínico.

#### **2.2.4.2. Região Centro**

Enquadrado na mesma lógica da região de Saúde do Norte, os quadros n.º 13 e 14 mostram claramente que são também os grandes hospitais psiquiátricos (Hospital Sobral Cid e Lôrvão) que apresentam uma maior lotação e necessariamente o maior número de recursos humanos. De qualquer forma é de realçar o número de serviços ou departamentos de psiquiatria existentes nos vários hospitais da Região de Saúde, para além daqueles que estão já previstos ou em fase de implementação.

**Quadro n.º13** Lotação das Instituições Públicas que prestam Cuidados de Psiquiatria

Instituição	Camas			Hospital/Área de Dia
	Doentes Agudos	Doentes Crónicos	Total	
Hospital Sobral Cid	90	100	190 a)	18
Hospital Lorrão	50	170	220 b)	---
C. H. Cova Beira	28	1	29	5
Hospital Aveiro	33	21 c)	54	---
Hospital Castelo Branco	20	---	20	5
Hospital Guarda	24	0	24	---
Hospital Leiria	43	50 d)	93	---
Hospital Coimbra	35	0	35	
Hospital Viseu	44	---	44	10
C.P.R. Arnes		53 e)	107	15
Pedopsiquiatria	---			20+15

**Fonte:** Direcção Geral de Saúde

- a) Acrescem 60 camas para inimputáveis, por acordo com a D. G. Serviços Prisionais;
- b) Idem com 30 camas;
- c) em regime residencial em parte das instalações do ex-CSM;
- d) Idem na Secção dos Andrinos;
- e) Acrescem 54 camas para inimputáveis e uma unidade residencial, com 20 camas, para utentes integrados em programas de reabilitação psicossocial e com residência distante do Centro Psiquiátrico de Reabilitação.

**Quadro n.º14** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Psiquiatria Adultos

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros
Hospital Sobral Cid	23	3	3	9	123
Hospital Lorrão	8	3	1	4	56
C. H. Cova Beira	4	1	2	1	19
Hospital Aveiro	8	1	2	---	27
Hospital Castelo Branco	4	1	1	2	15
Hospital Coimbra	28	4	1	---	35
Hospital Guarda	5	---	---	1	16
Hospital Leiria	4	1	---	2	37
Hospital Viseu	9	1	1	3	35
C.P.R. Arnes	3	1	1	4	22

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Em termos dos cuidados de saúde mental dirigidos para a infância e adolescentes o quadro n.º 15 mostra que embora exista uma predominância de recursos humanos no Centro Hospitalar de Coimbra (que será lógico concluirmos ser sinónimo de maior necessidade e portanto maior procura) não existe nesta região de Saúde uma resposta da mesma amplitude e centralismo como a referimos a propósito do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia para a Região Norte. De qualquer forma existem

alguns técnicos especializados espalhados pelos vários hospitais gerais e estão já previstas varias unidades dirigidas especificamente para a infância e adolescência.

**Quadro n.º15** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Saúde Mental da Infância e Adolescência

	Pedopsiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Terapeuta da Fala	Educadoras de Infância	Psicomotricidade
C.H. Coimbra	8	1	---	2	4	---	1	---
C.H. Cova Beira	1	---	1	---	---	1	---	1
Hospital Aveiro	1	---	---	---	1	---	---	---
H. Castelo Branco	---	---	---	---	---	---	---	---
Hospital Guarda	1	---	---	---	---	---	---	---
Hospital Leiria	1	---	---	---	---	---	---	---
Hospital Viseu	1	---	---	---	---	---	---	---

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Segundo a Direcção Geral da Saúde, estão previstas as seguintes acções de desenvolvimento dos cuidados de psiquiatria e saúde mental para a Região de Saúde do Centro:

- consignado o financiamento em PIDDAC e III Q.C.A. para reequipamento do Departamento no novo Hospital da Cova da Beira, com uma Unidade de Internamentos de agudos constituída com 15 camas e um Serviço de Saúde Mental da Criança e Adolescência;
- previsto o financiamento faseado para reinstalação do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, de Abravezes, para o perímetro do novo hospital;
- criação do um novo Serviço de Psiquiatria no novo Hospital de Lamego, tendo o programa funcional já sido aprovado;
- criação do departamento no Hospital de Santa Maria da Feira. Encontra-se em fase de expropriação do terreno e é de prever que a Unidade de Internamentos de agudos venha a integrar 40 camas, bem como um Serviço de Saúde Mental da Criança e Adolescência;

- foi já proposta a criação de um Serviço no novo Hospital da Figueira da Foz, com uma Unidade de Internamentos de agudos constituída com 15 camas e um Serviço de Saúde Mental da Criança e Adolescência, a articular com a racionalização de meios hospitalares na sub-região de Coimbra.

#### 2.2.4.3. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

De acordo com os quadros n.º 16 e 17, mas agora ainda em maior escala por comparação com as anteriores Regiões de Saúde referidas, são os Hospitais especializados quem apresenta o maior número de camas, resultante fundamentalmente da grande quantidade de pessoas que ainda se encontram a residir dentro destas instituições. Por consequência são também a eles que estão afectos o maior números de profissionais, em particular de enfermeiros. Estão já previstas, no entanto, a redução e eventual encerramento destas instituições, por forma a se enfatizar mais uma vez a integração, já iniciada, dos cuidados de psiquiatria e saúde mental nos hospitais gerais, constituindo-se assim os serviços locais de saúde.

**Quadro n.º16** Lotação das Instituições Públicas que prestam Cuidados de Psiquiatria

Instituição	Camas			Hospital/Área de Dia
	Doentes Agudos	Doentes Crónicos	Total	
Hospital Júlio de Matos	144	387	531	28+12 (odivelas)
Hospital Miguel Bombarda	90	235	325 a)	16+20 (Sintra)
C. Montachique b)	---	20	20	---
Hospital S. Francisco Xavier	44	26	70	20+15 (Oeiras) + 15 (Cascais/Parede)
Hospital Santa Maria	26		26	20
Hospital Barreiro	24		24	10
Hospital Amadora	27		27	15
Hospital Santarém	14 c)		14	12
Hospital Setúbal	26 d)	44	44+26	25
Pedopsiquiatria			10 e)	12

**Fonte:** Direcção Geral de Saúde

- a) Acrescem 45 camas para inimizáveis, por acordo com a D. G. Serviços Prisionais;
- b) O Centro Psiquiátrico de Recuperação de Montachique dirige-se a jovens débeis mentais com patologia psicótica associada. Transitará a curto prazo para uma I.P.S.S.;
- c) Prevê-se o início da utilização para 2001;d)
- d) Com a conclusão das obras no 2º semestre de 2001 iniciár-se-á o internamento de doentes agudos; e)
- e) Prevê-se o início da utilização para 2001.

**Quadro n.º17** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Psiquiatria Adultos

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros
Hospital Júlio de Matos	42	11	11	10	194
H. Miguel Bombarda	54	7	5	6	108
C. Montachique	1	2	2	2	7
H. S. Francisco Xavier	24	9	3	10	50
Hospital Santa Maria	26	2	---	1	31
Hospital Barreiro	10	2	1	1	17
Hospital Amadora	13	6	3	4	24
Hospital Santarém	10	3	2	2	5
Hospital Setúbal	10	---	---	3	13

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Em termos da pedopsiquiatria, o quadro n.º 18 mostra que o Hospital D. Estefânea assume claramente o protagonismo quer em termos de quantidade quer em termos de variedade de recursos humanos, o que parece evidenciar também uma predominância ao nível da prestação dos cuidados dirigidos para a infância e adolescência.

**Quadro N.º18** Quantidade de Profissionais a exercer funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Saúde Mental da Infância e Adolescência

	Pedopsiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Terapeuta Da Fala	Educadoras de Infância	Prof. Ensino Especial	Técnico Educação
H. Estefânea	13	9	2	5	6	3	1	3	1
H.S. F. Xavier	4	2	---	1	1	1	---	---	---
H. Santa Maria	---	---	---	---	---	---	---	---	---
H. Barreiro	3	1	---	---	---	---	---	---	---
H. Santarém	3	---	---	---	2	---	---	---	---
H. Setúbal	1	1	---	---	---	1	---	---	---
H. Almada	2	---	---	---	---	---	---	---	---

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Segundo a Direcção Geral da Saúde, estão previstas as seguintes acções de desenvolvimento dos cuidados de psiquiatria e saúde mental para a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo:



- criação do Departamento do Hospital de Tomar em 2001, desdobrando o do Hospital de Santarém;
- conclusão da construção da Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Departamento do Hospital de Setúbal, com 24 camas, terminando o recurso ao Hospital Miguel Bombarda;
- conclusão da construção da Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Departamento do Hospital de Torres Vedras, com 15 a 20 camas, terminando o recurso ao Hospital Júlio de Matos;
- conclusão da construção das instalações definitivas do Departamento do Hospital Garcia da Orta, já criado com um Serviço para crianças e adolescentes;
- reinstalação do Departamento de Saúde Mental da Criança e do Adolescente do Hospital de D. Estefânea, no Próprio hospital, (assegurando espaços para uma Unidade de Primeira Infância, com hospital de dia e internamento, com 10 camas) e no parque de saúde de Lisboa (com Clínica do Parque, com hospital dia, dos 4 aos 12 anos e Clínica da juventude, dos 13 aos 118 anos);
- reinstalação do DPSM do Hospital de São Francisco Xavier, junto ao edifício sede;
- serviço, com 10 camas para internamento de doentes agudos no novo Hospital de Santiago do Cacém, previsto para 2003;
- serviço na Unidade Hospitalar de Sintra, para internamento de doentes agudos e unidade funcional para crianças e adolescentes, previstas para 2003;
- departamento, com 25 camas, no novo Hospital de Cascais, com internamento de doentes agudos, previsto par 2004/2005;
- departamento, com 25 camas, no novo Hospital de Loures, com internamento de doentes agudos, previsto par 2004/2005;
- Departamento, com lotação ainda por definir, no novo Hospital de Vila Franca de Xira, com internamento de doentes agudos, previsto par 2004/2005.
- criação, de acordo com a Declaração de Sesimbra dos Serviços Regionais de

Psiquiatria Forense, Internamento Diferenciado para Doentes Complexos e  
Unidade Piloto de Intervenção na Crise.

#### 2.2.4.4. Região de Saúde do Alentejo

Na Região de Saúde do Alentejo os cuidados de psiquiatria e saúde mental são desenvolvidos a partir dos hospitais gerais, isto é, a partir do Hospital de Évora mais dirigido para situações agudas e do Hospital de Portalegre no que se refere a doentes crónicos. Daí que seja a estes hospitais que estejam adstritos o maior números de técnicos especializados, conforme mostra os quadros n.º 19 e 20.

**Quadro n.º19** Lotação das Instituições Públicas que prestam Cuidados de Psiquiatria

Instituição	Camas			Hospital/Área de Dia
	Doentes Agudos	Doentes Crónicos	Total	
Hospital Beja	---	---	---	---
Hospital Évora	35	15	50	10
Hospital Portalegre	15	42	57	15

**Fonte:** Direcção Geral de Saúde

**Quadro n.º 20** Quantidade de Profissionais a exercem funções em Instituições ou Serviços/Departamentos Públicas de Psiquiatria Adultos

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros
Hospital Beja	2	3	---	6	5
Hospital Évora	6	3	2	3	22
Hospital Portalegre	4	1	2	2	30

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Em termos de pedopsiquiatria o quadro n.º 21 mostra que apenas o Hospital de Beja apresenta um pedopsiquiatra, embora em relação ao Hospital de Évora se referencie outro tipo de técnicos (educadores e terapeutas da fala). Nas acções a desenvolver por esta Região de Saúde não é feito nenhum tipo de referência à necessidade de aumentar os recursos dirigidos para a infância e adolescência, o que nos leva a concluir que os recursos existentes chegam perfeitamente para as necessidade reais. Esta conclusão pode

ainda ser reforçada se levarmos em linha de conta que este distrito apresenta uma população reduzida e muito envelhecida, como poucas crianças.

**Quadro n.º21** Quantidade de Profissionais que exercem funções em Instituições ou Serviços/  
Departamentos Públicas de Saúde Mental da Infância e Adolescência

	Pedopsiquiatras	Educador Infantil	Terapeutas da Fala	Psicopedagogo
Hospital Beja	1	---	2	---
Hospital Évora	0	2	2	---
H. Portalegre	0	---	---	---

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Segundo a Direcção Geral da Saúde, estão previstas as seguintes acções de desenvolvimento dos cuidados de psiquiatria e saúde mental para a Região de Saúde do Alentejo:

- integrada na ampliação do Hospital de Beja, foi já aprovada a Unidade de Internamento de Agudos do DPSM;
- reestruturação das instalações do Departamento do Hospital de Évora na Quinta dos Canaviais, permitindo a auto-suficiência no internamento de doentes agudos. Estão ainda previstas Unidades Residenciais para pessoas com doença mental dependentes e Unidades para doentes alcoólicos;
- existe uma intenção do Conselho de Administração do Hospital de Portalegre em promover a transferência da unidade de doentes de evolução prolongada para as instalações que há dez anos lhe estavam destinadas, permitindo melhorar as condições residenciais;
- redefinição do modelo de gestão da Unidade para Deficientes Mentais Complexos de Assumar. Actualmente a instituição é gerida pelas Irmãs hospitalares do Sagrado coração de Jesus, mas é de todo o interesses promover uma parceria com a segurança social.

### 2.2.4.5. Região de saúde do Algarve

Na Região de Saúde do Algarve a resposta assistencial de psiquiatria e saúde mental encontra-se integrada ao nível dos hospitais gerais, conforme mostram os quadros n.º22 e 23 e é dirigida para situações agudas. De salientar a inexistência de resposta especializada para a infância e adolescência embora esteja já prevista.

**Quadro n.º22** Lotação das Instituições Públicas que prestam Cuidados de Psiquiatria

Instituição	Camas			Hospital/Área de Dia
	Doentes Agudos	Doentes Crónicos	Total	
Hospital Faro	45		45	25 a)
Hospital Barlavento	15		15	12 a)

**Fonte:** Direcção Geral de Saúde

a) estruturas a abrir durante 2001

**Quadro n.º23** Quantidade de Profissionais a exercem funções em Instituições ou Serviços/ Departamentos Públicas de Psiquiatria Adultos

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros
Hospital Faro	9	2	2	2	28
Hospital Barlavento	3	1	---	3 a)	4 b)

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

a) profissionais afectos a todo o hospital,  
b) a dotação para 15 com abertura do internamento.

Segundo a Direcção Geral da Saúde, estão previstas as seguintes acções de desenvolvimento dos cuidados de psiquiatria e saúde mental para a Região de Saúde do Algarve:

- reinstalação do Departamento do Hospital de Faro, com redução da capacidade de internamento de doentes agudos para 30 camas;
- criação de uma unidade de alcoologia, com o apoio técnico do centro Regional de Alcoologia de Lisboa;

- criação do Serviço de Saúde Mental da Criança e do Adolescente no Departamento do Hospital de Faro.

#### 2.2.4.6. Rede Alcoológica

Apenas de carácter informativo, apresentamos no quadro n.º25 o número reduzido de recursos humanos existentes nos três centros especializados para lutar contra um dos maiores flagelos da sociedade portuguesa, e que é referenciado por muitos, como um dos principais problemas de saúde mental do país.

**Quadro n.º24** Caracterização do número de profissionais a trabalharem nos Centros Regionais de Alcoologia

	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeutas ocupacionais	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Nutricionista	Total
CRA Norte	6	3	---	1	11	1	22
CRA Centro	6	---	1	4	10	1	22
CRA Sul	5	1	---	1	9	---	16

**Fonte:** Direcção Geral da Saúde

Conforme vimos neste capítulo, as políticas de saúde mental desenvolvidas neste último século pela sociedade portuguesa, que se deveriam constituir como linhas orientadoras e reguladoras das práticas, estão carregadas de retóricas e contradições.

A dicotomia entre uma prestação de cuidados centrada no hospital psiquiátrico ou em serviços comunitários é ainda hoje actual. Sendo ainda cedo para analisarmos o impacto da última lei de saúde mental (1998), fica claro da caracterização da resposta assistencial actual efectuada que, apesar da legislação, desde 1963, apontar para um sistema assente nos hospitais gerais e, sobretudo nas estruturas comunitárias, na prática predominam as respostas centradas nos hospitais psiquiátricos. É de realçar é que esta situação ocorre não só pela escassez destas respostas tidas como alternativas, mas também pela ainda grande controvérsia existente neste micro-sistema da saúde em volta desta problemática.

A conclusão que se pode tirar é que estas flutuações na legislação têm originado sempre deslizamentos nas práticas, mas sobretudo que estas práticas, juntamente com as necessidades e opiniões dos utentes, poucas vezes se constituem como o principal fonte inspiradora destas leis. Pensamos que a organização das instituições, a definição da sua natureza, e a constituição das disposições legais que as deverão suportar, só podem ser legitimadas pela análise das práticas que pretendem regulamentar e delimitar. O que tem imperado em relação às políticas, como em relação ao entendimento da globalidade do fenómeno da «loucura» ou da «doença mental», são postulados assentes na ideologia subjectiva, nos interesses pessoais e grupais, nas lutas de poder, que tendem a falsear a leitura objectiva, pragmática e autentica. Urge que em Portugal se efectuem de forma sistematizada, estudos epidemiológicos que ajudem a clarificar mentes desassossegadas e a harmonizar práticas e escritos que as regulamentam.

No capítulo seguinte iremos caracterizar a esquizofrenia, que se assume como o quadro psicopatológico paradigmático da saúde mental porque representa a «loucura» que atravessa a história. Vamos também problematizar o conceito «qualidade de vida», por forma a que melhor possamos compreender a sua relação com a saúde mental e com os instrumentos que a podem promover, no âmbito das políticas de saúde mental.

## **Cap. 3**

# **Esquizofrenia e Qualidade de Vida**

### 3. Introdução

Porque é de pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que a nossa dissertação trata, neste ponto do trabalho pretendemos apresentar, ainda que de forma sucinta, a complexidade da esquizofrenia nas suas várias dimensões.

Conforme vimos no primeiro capítulo, se em relação à loucura e à psiquiatria foram surgindo diferentes rumos e formas de leitura ao longo dos tempos, em função até da sua localização geográfica (veja-se as diferenças entre a Psiquiatria Americana, Europeia e da antiga União Soviética) é porque os limites e concepções dos fenómenos que gravitam a sua volta não apresentam contornos claros, pragmáticos. A esquizofrenia é disto, ainda hoje, um espelho. A controvérsia em seu redor, tem estimulado a que pessoas de diferentes formações continuem a dedicar-se ao estudo desta tão importante entidade clínica.

Assim por forma a retractarmos aquele que constitui o problema mais grave de patologia mental de carácter evolutivo iremos, no primeiro ponto deste capítulo, efectuar uma viagem orientados pela bússola arqueológica pelos diversos caminhos e encruzilhadas na constituição do actual conceito de esquizofrenia. Iremos ainda expor, de um modo sintético, a sintomatologia, o diagnóstico e o prognóstico. Aqui, utilizar-se-ão sobretudo os conceitos e explicações da ciência médica, embora sem deixar, sempre que possível, de os complementar com os de outras abordagens. Seguidamente, na segunda parte deste ponto, abordaremos as várias escolas ou perspectivas do ponto de vista da discussão etiológica sobre a esquizofrenia.

No ponto dois deste capítulo iremos analisar a evolução e diferentes perspectivas em relação ao conceito qualidade de vida, por forma a clarificarmos a sua relação com a saúde e com a esquizofrenia em particular.

Propomo-nos também problematizar o tratamento preconizado no sentido de promover a qualidade de vida destas pessoas, tendo em conta as várias correntes teóricas (identificando as suas vantagens e os seus limites quando utilizadas com doentes diagnosticados com psicose esquizofrénica).



### **3.1. Esquizofrenia – entidade clinica**

A nossa opção pelo estudo desta entidade nosológica prendeu-se essencialmente por ser tratar da patologia mental que melhor personifica a ambiguidade, exclusão e estigmatização que, conforme vimos, as diversas sociedades têm imprimido a estas pessoas e que portanto melhor reflecte as dificuldades de inserção social e de qualidade de vida, alvo privilegiado de todas as medidas de política social.

Pelo facto deste quadro nosológico apresentar uma incidência que se mantém constante ao longo dos séculos (0,5 a 1%), com aparecimento frequente na juventude e evoluindo, na maioria dos casos, para a cronicidade, por ser um fenómeno que atravessa todas as sociedades, independentemente das raças, etnias, culturas e níveis socio-económicos, acarretando enormes custos económicos e sociais e ainda por se tratar de uma entidade etiopatogénica carregada de interrogações, parece-nos que se justificam todas as investigações a seu respeito.

#### **3.1.1. Evolução Histórica da Esquizofrenia**

Segundo Mota Cardoso (2000) a definição de esquizofrenia tem-se regido por teses discursivas, baseadas em estudos de carácter essencialmente psicopatológico cujo vector fundamental assenta na evolução da doença e nas diversas formas clinicas, em particular das formas iniciais do adoecer.

No sentido de melhor entendermos a forma como se conceptualiza esta entidade, que obviamente implica e é implicada pelas práticas de ontem e de hoje recorreremos ao método arqueológico (Foucault, 1966). O nosso propósito é que a análise epistemológica possibilite o entendimento deste processo dinâmico, e constitua a base de suporte para a caracterização do actual «mundo esquizofrénico».

A referência sintética a alguns dos marcos históricos mais significativos da “descoberta” e pragmatização dinâmica da doença (esquizofrenia), que constituem a base da nossa actual conceptualização, não pode deixar de integrar a envolvente da alienação e da loucura (como vimos no primeiro capítulo), de onde esta brotou junto com outras entidades clinicas e sociais.

A primeira referência de cariz científica ao que hoje se conceptualiza como esquizofrenia deve-se a um médico anatomista Inglês, chamado Willis que, em 1602, caracterizou um quadro clínico que afectava a juventude e que quase sempre conduzia à demência – “adolescentes normais que se sumiam na estupidez”(Nágera, 1954, pág. 568).

Passados duzentos anos, empurrados pelos movimentos gerados pela revolução francesa, Pinel, Esquirol e Morel, em 1810, identificaram um conjunto de princípios que possibilitou a distinção entre idiotia congénita e adquirida, levantando a hipótese da causa orgânica e fisiológica para o aparecimento destas perturbações mentais (Nágero, 1949).

Um Pouco mais tarde, Kraepelin introduz uma primeira classificação constituído o sub-grupo das psicoses curáveis de causa orgânica, o sub-grupo das psicoses incuráveis de causa interna e finalmente o das psicoses psicógenas, quase sempre curáveis. Em 1896, o mesmo autor integra uma segunda classificação baseada no conceito da “demência precoce”, referenciando com causas prováveis para o seu aparecimento, alterações ao nível do sistema endócrino e bioquímico. Este exímio clínico, neuroanatomista e fisiologista, privilegiando o critério evolutivo para a realização de diagnósticos, utilizando a ciência natural como método de estudo, teve a rara genialidade de agrupar no mesmo grupo nosográfico (Demência Precoce), doenças com manifestações tão heterógeneas com é o caso da demência precoce tipificada por Morel em meados do séc. XIX, a hebefrenia descrita por Hecker e Kahlbaum, a catatonia também referenciada por este último em 1874 e ainda a demência paranoide, descrita por ele próprio. No entanto, foi Bleuler quem, em 1911, introduziu o conceito de esquizofrenia cujo significado etimológico é “mente fendida”, referência a clara perda da consciência do real, “substituído” por interpretações alucinatórias e delirantes.

Numa altura em que as correntes de Kraepelin assumiam um prestígio incomparável, que impunham a demência precoce, através de uma análise evolutiva, como doença cerebral, Bleuer centrou os seus estudos na abordagem psicopatológica da doença, cujos pilares básicos eram constituídos pela dissociação do pensamento, autismo e ambivalência afectiva. Procurava através de cortes transversais efectuar diagnósticos precisos, precoces tendo como suporte a «patologia do psicológico».

Outro aspecto introduzido por Bleuer e que foi de extrema importância no

desenvolvimento da psicopatologia da esquizofrenia foi a arrumação dos sintomas nas vertentes clínica (fundamentais – tríada autismo, ambivalência dissociação; e acessórios – também presentes noutras enfermidades) e patogénico (primários ou fisiógenos e secundários ou psicógenos). As perspectivas desenvolvidas por Kraplin e Bleuer, uma mais clínico-evolutiva e a outra mais psicopatológica, constituídas com uma diferença de década e meia (1896 – 1911) são referenciadas por muitos, ainda hoje, como a base nosográfica do conceito – esquizofrenia.

Outros estudiosos tiveram capital importância na construção do actual entendimento desta entidade clínica. É o caso de Karl Jaspers (1990) com a introdução da psicologia compreensiva, (que foi fundamental para o estudo da psicopatologia da esquizofrenia) ou de Kurt Schneider (1963) com o rigor introduzido na ordenação dos sintomas de acordo com duas ordens de grandeza ( primeira ordem - vivências de influência e de intervenção alheia, ao nível da corporalidade, da vontade, do pensamento e da afectividade, sonoridade do pensamento e sintomas afins, percepções delirantes e audição de vozes na segunda ou terceira pessoa; segunda ordem – Inspirações e ocorrências delirantes, pseudo alucinações auditivas, perplexidade, distímias, pobreza afectiva) que originou que lhe atribuíssem o epíteto de “psiquiatra cartesiano” (Ibor, Lopez : 1963, Schneider, Kurt, Op. Pág.9). Barahona Fernandes (1998), com os seus estudos que procuraram analisar as contradições existentes nas diversas classificações em paralelo com achegas importantíssimas para a compreensão da vida psicótica e Henry Ey (1969), que desenvolveu um interessante modelo compreensivo da esquizofrenia, baseado na tipificação de dois tipos de delírios, (um ligado ao processo esquizofrénico, cujo origem assenta na desorganização autista, responsável pela dissolução da consciência, que evolui para a degradação da personalidade e outro tipo ligado aos delírios crónicos e que se caracterizam por um espécie de estrutura imaginativa compensadora para os acontecimentos de vida) foram outros dos autores que desempenharam um papel impar na compreensão deste entidade.

Devemos ainda referir Klaus Conrad (1963) que descreveu as etapas atravessadas pelo maior parte dos delírios esquizofrénicos (trema – perturbação do campo visual, humor delirante, pré-delírio; apofania - revelação, anástrofe, imagens; apocalipse – perda

do potencial energético) e que, segundo ele, constituem respectivamente marcos na evolução da doença (formas iniciais, formas de estado e formas residuais) e Fernandes da Fonseca (1959) que, com base na dialéctica vivenciada com Kraplin e Bleuler, veio, meio século mais tarde, introduzir um novo modelo de leitura da esquizofrenia – o modelo evolutivo-estrutural. Este investigador português centrando a sua atenção no estudo do desenvolvimento da personalidade e das doenças que a podem atingir, por um lado, mas dando também particular importância ao entendimento da estrutura do delírio, teve o mérito de demonstrar a existência de três formas de início da esquizofrenia (pseudoneurótico, afectivo e alucinatório-delirante), que constitui um marco importante para o entendimento desta doença.

Actualmente, várias classificações internacionais têm procurado sistematizar e conceptualizar a esquizofrenia. As mais conhecidas e consagradas são a classificação Internacional de Doenças (CID) e a Diagnostic and Statistic of Mental Disorders (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana.

As duas classificações nosológicas que se encontram em vigor, que têm gerado em seu torno um alargado consenso e que resultam de um processo evolutivo, de revisão de anteriores classificações, são a CID-10, de 1992 e o DSM-IV, de 1994. Embora a primeira pareça na sua designação mais universal, o certo é que tem sido fortemente influenciada pela evolução da classificação americana que desde a sua 3ª revisão (1980) optou muito claramente por critérios operativos de diagnóstico, beneficiando de um trabalho sistemático anterior produzido na Universidade de St. Louis, em Washington (Feighner et al., 1972).

Resulta assim através da 10ª Revisão da CID e da 4ª revisão da DSM uma tentativa de uniformização dos seus discursos, já que as versões anteriores apresentavam algumas divergências significativas. Mesmo assim persistem algumas diferenças conceptuais entre a América e a Europa, no diagnóstico de esquizofrenia.

A Classificação Internacional das Doenças - OMS (C.I.D., 1995) - define esquizofrenia como: “grupo de psicoses caracterizadas por alterações acentuadas ou profundas da personalidade, por perturbações típicas do pensamento, pela convicção de ser comandado por forças estranhas, por ideias delirantes que podem assumir aspectos

bizarros, por alterações perceptíveis, por anomalias da afectividade em discordância com a situação do vivido real por autismo. Habitualmente encontram-se conservadas quer a consciência quer as faculdades intelectuais.” (CID, 1995, s/p). A definição diagnostica de Esquizofrenia requer apenas um mês de duração e não requer deficiência funcional.

Para o DSM-IV, os critérios de diagnóstico de esquizofrenia, baseiam-se de igual forma nos sintomas que são mais característicos – ideias delirantes, alucinações, alterações formais do pensamento, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos. Refere também como sendo necessária a presença destes sintomas por um mês ou menos se tratados com êxito. No entanto, de acordo com O DSM- IV existem ainda outros tipos de sintomas como a disfunção social ou ocupacional durante um determinado intervalo de tempo. A duração desta perturbação deverá persistir por seis meses, devendo ser excluídas as perturbações esquizoaffectivas ou do humor, as psicoses tóxicas, sintomáticas ou orgânicas e as relacionadas com perturbações globais do desenvolvimento.

A psicose esquizofrénica é uma doença crónica e a sua evolução pode tornar-se incapacitante.

Não existe um critério de diagnóstico totalmente seguro e vários estudos têm problematizado a questão. No entanto, no plano estritamente clinico a semiologia a estudar e a classificar tendo em vista a clarificação do diagnóstico e prognóstico, organiza-se em torno dos chamados sintomas positivos e negativos. De acordo com Mota Cardoso (2000) os primeiros são normalmente caracterizados por inserção do pensamento, transmissão do pensamento, eco do pensamento, roubo do pensamento, alucinações auditivas na terceira pessoa, alucinações auditivas na segunda pessoa, delírios de influência, delírios de referência, delírios paranoides. Os segundos, os sintomas negativos, são usualmente perspectivados pelo embotamento afectivo (expressão facial invariável, diminuição dos movimentos espontâneos, ausência de gestos expressivos, ausência de inflexões vocais), alogia (pobreza dos conteúdos da linguagem, aumento do tempo de latência de resposta), apatia ou abulia (descuido no arranjo pessoal e na higiene, pouco empenho ao nível do trabalho, falta de energia), anedonia ou associabilidade (perda de interesse na diversão, perda de interesse pelo sexo, incapacidade para sentir intimidade,

incapacidade para criar amigos).

Os manuais de diagnóstico referidos apontam para a necessidade de ter em conta a par da evolução, os antecedentes hereditários e pessoais, o tipo de personalidade e a resposta à terapêutica. O desencadear desta psicose pode iniciar-se por sintomatologia não psicótica, tendo por base quadros neuróticos ou perturbações da personalidade.

Afirma Cordeiro (1986) que a esquizofrenia é a "entidade nosográfica que mais dificuldades clínicas acarreta à Psiquiatria", não só em termos de diagnóstico, mas também a nível da evolução e êxito terapêutico. É uma patologia multifacetada desde a etiologia ao processo clínico.

O seu início pode dar-se de forma aguda (em 30 a 50% dos casos - manifestam-se repentinamente crises delirantes e alucinatórias, excitações maníacas, estados depressivos); insidiosa (manifesta-se uma diminuição da sua actividade, uma afectividade discordante, podendo-se tornar estranho e hostil à família assim como de se isolar do real), ou intermitente (A.Gameiro, 1978).

Estão clinicamente identificadas cinco formas principais de psicose-esquizofrénica ( DSM IV e CID-10), que reflectem a configuração que os sintomas clínicos apresentam em dado período.

A esquizofrenia paranoide é o sub-tipo mais frequente. As suas características essenciais constituem-se em delírios e alucinações, com não notórias alterações afectivas e comportamentais, que normalmente são concordantes com o tipo de delírio presente. As temáticas à volta do delírio são por vezes mal sistematizadas em redor de ideias sem fundamentação de perseguição ou de prejuízo, de invenção ou de ciúme, ou organizadas a partir de material alucinatório verbal, cinestésico ou auditivo. Com frequência dirigem contra si próprios os acontecimentos do dia-a-dia, isolam-se e manifestam desconfiança e hostilidade. As relações interpessoais apresentam-se mais rígidas e formais. O aparecimento desta forma de esquizofrenia é relativamente tardia (idade média da vida).

A forma hebefrénica é mais comum nos jovens, instalando-se em idades muito precoces, sobretudo logo a seguir à puberdade. A própria palavra «hebefrénica» que é composta por dois étimos gregos, hebe (juventude) e frenos (mente), assim o referencia. Muitas vezes é confundida com uma depressão ou crise neurótica, porque começa

"insidiosamente" e apresenta quadros neuróticos: introversão, isolamento, problemas sexuais, dificuldades escolares, cansaço, etc. No entanto os sintomas psicóticos rapidamente se manifestam, sob a forma, na maioria dos casos de uma grave desagregação da vida psíquica (Cordeiro,1986) em que três características se evidenciam - incoerência ideo-verbal, deterioração da afectividade e da vontade. O comportamento social regride e o contacto com a realidade atenua-se, verificando-se progressivamente uma deterioração da personalidade. Em termos genéricos, caracteriza-se por alterações na esfera emocional, degradação do pensamento e extravagância comportamental.

A psicose esquizofrénica catatónica é a mais rara e a que possui melhor prognóstico. O seu aparecimento é geralmente agudo e apresenta sintomas psico-motores, alterações da vontade e da emotividade. Verificam-se estado de estupor, negativismo, sugestibilidade ou reacções de obediência automática para repetir gestos e movimentos - repete movimentos estereotipados ou fica horas seguidas imóvel, rígido, na mesma posição (catalepsia), perdendo a iniciativa e conservando as posições adoptadas. Muitas vezes dá-se uma mudança rápida entre estupor catatónico e agitação ou excitação catatónica. É de salientar que a catatonía não é um quadro sintomatológico exclusivo da esquizofrenia. É vulgar o surgimento de maneirismos e posturas estereotipadas. No caso de catatonía agitada impõem-se medidas terapêuticas pois sem estas os doentes podem apresentar um comportamento violento.

A esquizofrenia simples aparece a partir da adolescência e é rara em idades mais avançadas. Assiste-se ao desenvolvimento insidioso de comportamentos bizarros. Não se observam nem ideias delirantes nem alucinações. Os indivíduos manifestam inicialmente um comportamento intolerante, introvertido e desinteressam-se pelo relacionamento social. Apresentam um autismo marcante, um humor superficial, ausência de vontade, e manifestam um crescente empobrecimento social e emocional. O principal sinal da esquizofrenia simples é a perda de resposta afectiva. Quanto à sua evolução, esta faz-se por surtos e remissões espontâneas, sendo estas mais frequentes nos primeiros dois anos, com possibilidade de se atingir a recuperação completa. A partir do quinto ano da doença a tendência para a entrada num estado de esquizofrenia permanente é maior. Geralmente após o 3º surto deixa um defeito de personalidade. A evolução arrastada do quadro clínico

e a quebra das relações afectivas, por superficialidade das mesmas, leva estes doentes a caírem frequentemente na marginalidade.

A esquizofrenia residual, sub-tipo que apenas foi introduzido na última revisão da CID e DSM, caracteriza-se essencialmente pelo facto de, como consequência da evolução prolongada da doença e portanto da cronicidade, já não existirem sintomas característicos da fase activa (evidenciados em todos os tipos anteriores). Justifica-se também, em termos farmacológicos pelo facto de, se poderem desenvolver medicamentos específicos para esta fase, abrindo deste modo um novo mercado de investimento e comercialização da indústria farmacêutica. Corresponde ao esvaziamento que a esquizofrenia muitas vezes precipita, constituindo aquilo que vulgarmente se denomina de defeito psicótico. Qualquer uma das formas apresentadas anteriormente evoluem para este tipo, na maior parte dos casos.

No que respeita à epidemiologia, a enciclopédia Médico-Cirúrgica (1995) aponta que se trata de uma psicose que parece existir em todas as civilizações, apesar de apontarem uma incidência maior nas grandes urbes. A probabilidade de uma pessoa, entre os 15 e os 45 anos de idade, vir a sofrer de psicose esquizofrénica é (em percentagem) na ordem dos 0,8%. Esta taxa torna-se 5 a 15 vezes maior nos parentes próximos dos esquizofrénicos e entre 40 a 75 vezes nos gémeos monozigóticos, o que introduz a probabilidade de influência hereditária a nível da explicação etiológica, (que irá ser problematizada no ponto seguinte).

Segundo Aires Gameiro (1978), a taxa de mortalidade dos esquizofrénicos parece ser 2,5 vezes maior que a média da população e o seu aparecimento pode desencadear-se, com mais frequência, na adolescência ou no início da idade adulta, mostrando-se a sua frequência idêntica no que se refere aos sexos masculino e feminino.

Após termos caracterizado sucintamente a forma como se constituiu o actual entendimento sobre este quadro nosológico, do qual resultam as definições hoje geralmente utilizadas quanto à sintomatologia, diagnóstico e prognóstico, iremos no ponto seguinte analisar os vários paradigmas de explicação da etiologia da esquizofrenia, que continuam a ser fonte de grandes debates, reflexões e discórdias na comunidade científica.



### **3.1.2. A Esquizofrenia Sob a Óptica de Três Modelos de Análise**

Conforme vimos anteriormente a psicose esquizofrénica tem sido uma entidade , que desde o início da sua constituição tem sofrido profundas alterações quanto ao seu entendimento, não só por se tratar de um fenómeno bastante complexo, multifactorial, mas também porque o posicionamento ou «óculos de leitura» dos vários observadores ou pesquisadores tem sido também na sua essência variável e específico.

O que nos propomos neste ponto do capítulo é descrever vários paradigmas de análise, (biológico, psicológico e social) que ao longo dos tempos têm procurado explicar e tornar menos obscura esta doença e contribuído, pela sua complementariedade, para a constituição da actual linha de leitura.

Desde as origens da Medicina, que com Hipócrates se procurou estabelecer a relação entre algumas perturbações cerebrais, desencadeadas por alterações dos humores e algumas enfermidades, como a epilepsia, demências, em particular as congénitas – oligofrenia – a qual se atribuía, com clareza, uma etiologia orgânica.

#### **3.1.2.1. O Paradigma Biológico**

No caso da esquizofrenia, como já vimos, desde à muito tempo, que com Pinel, Esquirol e Morel se procurou estabelecer uma causalidade orgânica e fisiológica para esta perturbação. Outros contributos importantes foram introduzidos por Krapelin, com a sua perspectiva de comprometimento endócrino e bioquímico nesta doença e também por Leonard e Kleist, com a criação das actuais cartas das localizações cerebrais que possibilitariam algum tempo depois, que alguns psiquiatras (entre eles Barahona Fernandes) pesquisassem a existência de lesões cerebrais em determinadas áreas ou focos anatomo-patológicos em pessoas com esquizofrenia (Alonso, 1979).

Actualmente, as investigações que se enquadram no "paradigma biológico", têm-se desenvolvido à volta dos estudos genéticos, bioquímicos e de outros factores externos (J. Gameiro, 1992).

Têm sido utilizadas diversas estratégias para identificar o papel da transmissão genética na etiologia da esquizofrenia. Entre os eles destacam-se o método de estudo das

famílias ou consanguíneos, o método da genealogia, o método dos estudos de adopção, “linkage” e marcadores genéticos e ainda o estudo de indicadores biológicos da esquizofrenia (Jenner et al, 1992).

Os estudos das famílias ou consanguíneos, pretendem demonstrar que existe uma base hereditária na esquizofrenia, mostrando que as taxas de prevalência nas famílias dos doentes esquizofrénicos é mais elevada do que as da população em geral. Kallmann, (in Jenner et al, 1992), na Alemanha fez um estudo com 13851 famílias de esquizofrénicos, durante um período de 10 anos e concluiu que as taxas de prevalência para a população geral (0,85%) eram muito inferiores ás dos familiares dos doentes (16,4% para os filhos e 11,5% para os irmãos). Spoerri, (in Anty, 1977), corrobora estes dados com uma taxa de 16% para os filhos de um pai ou mãe esquizofrénicos e no caso de serem ambos os progenitores atingidos, esta taxa de prevalência sobe para 50% dos casos.

Os resultados destes estudos não são no entanto conclusivos sobre a transmissão genética da esquizofrenia, já que a transmissão familiar pode envolver outros factores psico-sociais como a interacção familiar e social (Kinney, in Jenner et al, 1992; Cancro, in J. Gameiro, 1992).

Na mesma linha, os estudos de irmãos gémeos procuram a prova hereditária. Numa primeira fase, dedicaram-se ao estudo de gémeos monozigóticos, (geneticamente iguais) e dizigóticos (geneticamente diferentes), procurando provar que nos primeiros as taxas de concordância são mais elevadas do que nos segundos. De referir que, nestes casos, as crianças foram criadas junto das famílias de origem. Segundo Kinney (in Jenner et al, 1992), as taxas de concordância para os gémeos monozigóticos eram de cerca de 50%.

De qualquer forma, também estes estudos não controlaram as variáveis do meio, do contexto sócio-cultural e familiar onde as crianças se desenvolvem (J. Gameiro, 1992). Estas pesquisas são alvo de fortes críticas, pelo facto de terem sido estudados filhos de esquizofrénicos adoptados em condições socioculturais muito semelhantes e potencialmente degradantes. Segundo Jenner et al., (1992), muitos deles cresceram em orfanatos ou viveram com parentes dos progenitores, em condições precárias e pouco saudáveis.

Segundo Kringlen, (cit. in Jenner et al, 1992), não há genes esquizofrénicos ou genes neuróticos. A esquizofrenia é provavelmente o resultado da combinação de factores endógenos e exógenos, numa interacção evolutiva.

Ainda a nível do paradigma biológico e do estudo da bioquímica, as descobertas no campo da bioquímica cerebral e dos efeitos clínicos dos psicofármacos, têm sido utilizadas frequentemente como argumentos em prol da origem neurobioquímica da esquizofrenia.

Mas as perturbações metabólicas ligadas à esquizofrenia podem não ter uma relação directa e unívoca com esta patologia pois nas pessoas ditas normais que vivenciam emoções fortemente perturbadoras e violentas podem-se também detectar alterações metabólicas qualitativamente semelhantes às que se observa na esquizofrenia (Smythies, in Jenner et al, 1992). Razões semelhantes tem vindo sucessivamente a desacreditar as tentativas de identificar causas bioquímicas no surgimento da doença, embora não se possa hoje negar a relação entre o funcionamento bioquímico e o estado mental.

Assim, só as incertezas imperam e nada de seguro se pode afirmar à luz do paradigma biológico acerca da complexidade que constitui a esquizofrenia. Como diz Szasz (1977), apesar de termos uma quantidade, difícil de quantificar, de factos novos sobre a neuroquímica, bioquímica e psicofarmacologia, “não temos nenhum” sobre a esquizofrenia.

### **3.1.2.2. O Paradigma Psicológico**

Numa perspectiva diferente, Freud inaugurou no final do século XIX, o modelo psicanalítico que constitui uma ruptura na explicação da doença mental. Numa altura em que o estudo das psicoses era fundamentalmente efectuado pela Escola Alemã, onde sobressaíam as teses de Kraepelin, é interessante de analisar e referir, que seja um outro falante da língua alemã, austríaco de nascimento, o responsável pelo desmoronamento dos saberes instalados, que obrigaria necessariamente, a uma revisão total no entendimento desse fenómeno.

A descoberta do inconsciente permitiu deslocar a interrogação sobre a doença do doente para a relação (entre o paciente, o seu meio familiar e a sua história de vida). Nesta

perspectiva, pode-se definir doença mental como um estado de perturbação afectiva ligado à história infantil do paciente, ou seja, como um fenómeno de natureza psíquica com causas relacionais (Arieti cit. in J. Gameiro, 1992).

Para Freud, a esquizofrenia relaciona-se com uma regressão da personalidade a estádios infantis, por introspecção da libido e fixação do Eu numa fase arcaica do desenvolvimento da personalidade (Mota Cardoso, 2000).

Na infância o indivíduo é confrontado com sentimentos negativos provenientes da relação maternal com os quais tem que lidar e que, de alguma forma, lhe vão afectar o desenvolvimento psicológico. John Rosen (in J. Gameiro, 1992), fala até em "mãe esquizofrenizante". Esta manifestaria um comportamento frio, agressivo, distante, autoritário e dominador (Reynaud, 1991), o que induziria na personalidade do filho uma estruturação que mais tarde se levaria à manifestação da psicose. É o próprio Arieti que afirma: "Situações familiares e experiências da infância, adolescência e início da vida adulta tornam-se uma cadeia de causas e efeitos que eventualmente levam a uma precária forma de viver. Ao longo da sua vida a pessoa vulnerável tenta construir defesas psicológicas pelas quais tenta proteger a sua auto-identidade, individualidade e auto-estima. Quando as outras defesas provam ser insatisfatórias e ele não se pode aceitar a si próprio, desencadeia o que denomina de uma defesa psicótica. Os sintomas da esquizofrenia aparecem e permitem-lhe viver de uma forma menos infeliz" (Arieti, cit. in J. Gameiro, 1992, pág. 127)

O paradigma psicológico, ao situar a causa da esquizofrenia nas experiências precoces infantis é criticado por ser reducionista pois tende a limitar os factores relacionais determinantes à rede restrita da mãe e, nalgumas pesquisas ao pai.

### **3.1.2.3. O Paradigma Social**

Alguns estudos têm enfatizado os factores sociais susceptíveis de intervir na trama relacional em que a vida humana se desenrola. "Se os paradigmas biológico e psicológico consideravam a esquizofrenia como uma entidade que diz respeito ao próprio e aos seus sistemas, cerebral e espiritual, o paradigma social considera que a doença não pode ser separada do contexto social em que surge" (J. Gameiro, 1992, pág. 130).

Encontra-se na literatura referencias à importância de alguns factores no eclodir da doença, como é caso de aspectos relacionados com uma pessoa significativa (Searles, in Gameiro, 1992), ou determinadas situações de vida (Jaspers, Mayer, Bleuler in Vila-Real, 1981).

Segundo Gameiro (1992), estes trabalhos podem-se dividir em macro-sociais, que incidem sobre a estrutura social na sua multidimensionalidade, (Etnopsiquiatria e Sociologia das doenças mentais), e em micro-sociais, que se debruçam sobre as interacções familiares mais imediatas (estudos das famílias).

A Etnopsiquiatria apresenta a "doença mental" como produto da condição humana. Só a partir desta "humanidade" é que se pode compreendê-la e defini-la, (Vila-Real, 1981). Esta perspectiva valoriza a análise multifacetada capaz de integrar o biológico, psicológico, familiar, económico e político, como factores susceptíveis de interagir simultaneamente na produção e explicação da patologia.

Devereux (1977), considera a esquizofrenia uma perturbação funcional, própria dos países desenvolvidos ou de povos pouco desenvolvidos mas que sofreram processos de aculturação. Afirmar que as desordens funcionais nas sociedades ocidentais, resultam da dificuldade de orientação dentro de uma cultura, em constante transformação, permeada pela coexistência de uma multiplicidade de traços culturais. A esquizofrenia seria, de certo modo, uma reacção a condições sociais insuportáveis que são colmatadas pela criação de um mundo onde essa orientação seja assegurada. É uma abordagem que lembra o conceito de "anomia" de Durkheim.

A esquizofrenia é perspectivada nestes estudos macro-sociais como o resultado de processos culturais, de condições de vida insuportáveis, degradadas e degradantes, que o indivíduo vence, "inventando" estratégias que lhe permitem suportar o meio social que é segregador, excludor e alienante. Ninguém pode negar que o esquizofrénico exprime uma dificuldade individual na sua relação com o meio social, no entanto a doença não é apenas sua. Como desvio à norma exprime, de igual forma, uma incapacidade da própria sociedade, em integrar os indivíduos. "Considero a esquizofrenia quase incurável, não que ela se deva a factores orgânicos, mas porque os seus principais sintomas são sistematicamente imbuídos por alguns dos valores mais característicos, mais possantes –

mas também os mais insensatos e disfuncionais – da nossa civilização. Por outro lado, a partir do momento em que o psicoterapeuta aceita os valores e os modelos de comportamento propostos pela sua cultura, torna-se incapaz de abordar num verdadeiro espírito de objectividade, o problema da esquizofrenia e o do seu tratamento porque, não menos que a relação de contra-transferência, os seus preconceitos etnocentristas e culturais são susceptíveis de perturbar a sua actividade terapêutica” (Devereux, 1977, pág.248).<sup>\*1</sup>

Perspectivar a doença no contexto das relações interpessoais, mas dando especial, senão única, ênfase às relações familiares é o que propõe Cooper (1971). A esquizofrenia será, nesta perspectiva, como que resposta de libertação à rede relacional patogénica que a família constitui. Assim podemos dizer que “a loucura não está numa pessoa, mas sim num sistema de relações do qual participa o paciente categorizado - a esquizofrenia, se é que significa alguma coisa, é um modo mais ou menos característico de comportamento grupal perturbado. Não existem esquizofrénicos” (Cooper, 1971, pág. 43).

Vários autores têm centrado na família as suas pesquisas sobre a esquizofrenia, desenvolvendo vários estudos a nível da comunicação familiar. Andolfi (1981) refere que se podem identificar factores familiares que favorecem o surgimento da doença: a violência familiar, o domínio da figura materna e apagamento da figura paterna, o alcoolismo, a fratria de muitos irmãos ou de filhos únicos, entre outros. Será o desvio da comunicação familiar que dá origem à doença e determinaria a sua evolução.

As pesquisas que se debruçaram sobre os desvios da comunicação familiar, tentam mostrar a sua influência explicativa no curso da doença, aumentando as recaídas, ou até no seu surgimento (J. Gameiro, 1992) e autores citados por Andolfi (1981) debruçaram-se

---

1\* Citação na língua original - “Je tiens la schizophrénie pour presque incurable, non pas qu'elle soit due à des facteurs organiques, mais parce que ses principaux syntômes sont systématiquement entretenus par certaines des valeurs les plus caractéristiques, les plus puissantes - mais aussi les plus insensées et dysfonctionnelles - de notre civilisation. En outre, dès l'instant où le psychothérapeute accepte les valeurs et modèles de comportement proposés par sa culture, il devient incapable d'aborder dans un véritable esprit d'objectivité le problème de la schizophrénie et celui de son traitement car, non moins que la relation de contre-transfert, ses préjugés et scotomisations ethnocentristes et culturels sont susceptibles d'entraver son activité thérapeutique” (Devereux, 1977, pág.248).

sobre o que ficou conhecido por *double-bind* e que se baseia na relação mãe-filho, concluindo que se podia identificar uma comunicação repetitiva. Esta justificaria o surgimento da esquizofrenia.

A mais importante e severa crítica a esta corrente acusa-a de tomar a família como objecto de estudo só depois do surgimento da doença (Terkelsen, 1983). Como é possível distinguir as alterações à forma como se processava a comunicação antes da doença se quando se estuda o seu processamento é posteriormente à manifestação da doença, quando os efeitos negativos da doença na família já se manifestaram?

### **3.1.2.4. O Paradigma Actual**

Um novo paradigma tem vindo a desenhar-se em resposta à necessidade de fazer interagir os factores considerados parcelarmente de modo a alargar o conhecimento sobre a esquizofrenia e melhor poder compreender o paciente. Como diz Gameiro, (1992, pág.153), "Parece nítida uma intenção de abandonar a "querela" anterior entre o que faz parte do sistema etiológico e o que pertence à evolução para esboçar as linhas de investigação prenunciadoras de um novo paradigma integrador".

Segundo Scheflen (cit. in Gameiro, 1992, pág.175), "Não há um nível de disfuncionamento na desventura da esquizofrenia. E não há um nível de causalidade, mesmo se demonstrarmos uma herança genética ou constitucional". Este autor propõe uma perspectiva integradora identificando oito níveis que concorrem simultaneamente para a explicação da esquizofrenia. Nestes níveis faz interagir factores sócio-económicos, culturais, institucionais, familiares, individuais, psicológicos, do sistema nervoso central e orgânicos de um modo geral. Não atribui predomínio de uns sobre os outros, dando-lhe o mesmo valor em termos de o conjunto poder fornecer informações mais valiosas para a explicação deste fenómeno do que cada um isoladamente.

A perspectiva de Conrad (in Jenner et al., 1992), fornece igualmente um sistema interpretativo que reúne em si factores biológicos e psicológicos mas também sociológicos, atribuindo às circunstâncias e vicissitudes particulares da biografia de cada indivíduo um papel fundamental para a sua compreensão.

A sintomatologia resultante da esquizofrenia não é proveniente de uma causa

isolada e comum. Neste sentido Ciompi, (in Jenner et al, 1992), conclui do seu estudo de *follow-up* com 1642 esquizofrénicos durante um tempo médio de 36,9 anos, que existe uma variedade enorme de possíveis evoluções, nada se assemelhando a uma evolução específica da esquizofrenia.

As influências parecem ser várias e de diversas naturezas. Aquilo a que vulgarmente chamamos esquizofrenia mais não é do que uma reacção complexa e variada a uma situação global, igualmente complexa de uma determinada pessoa.

Depois de termos referenciado no ponto um deste capítulo os sintomas, critérios de diagnóstico e prognóstico que caracterizam esta entidade clinica e no ponto dois os vários paradigmas que tornam possível a sua análise, seria lógico que a seguir caracterizássemos quais as estratégias terapêuticas e que equipamentos sociais poderão ser disponibilizados, integrados em programas de reabilitação e inserção social, no sentido de promover a qualidade de vida, grau de satisfação e nível de funcionalidade destas pessoas que sofrem de psicose esquizofrénica. No entanto, para que o possamos efectuar de acordo com critérios de congruência, objectividade e pragmatismo, torna-se fundamental efectuarmos em primeiro lugar a evolução e conceptualização do conceito “qualidade de vida” em geral, particularizando a sua relação com a área da saúde e com a esquizofrenia, já que como veremos, trata-se de um conceito vestido por um carácter polissémico que importa desnudar.

### **3.2. Qualidade de Vida**

O conceito de qualidade de vida tem assumido uma importância crescente nas nossas sociedades o que reflecte a preocupação social corrente e o interesse das várias áreas científicas. Trata-se de um conceito complexo e multifacetado que tem sido alvo de múltiplas abordagens que se por um lado têm contribuído para o seu enriquecimento por outro lado tem-se verificado uma falta de consenso na definição do que se entende por qualidade de vida (QV).

Mais do que chegar a um conceito de Qualidade de Vida vamos, neste ponto, tentar problematizar o seu conteúdo e forma situando-o no tempo e no espaço com o intuito de recuperar os seus sentidos.



### 3.2.1. Evolução do conceito de Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida tem-se apresentado como uma aspiração humana transversal ao tempo e à história, umas vezes sob a forma de sonho de felicidade, outras vezes proposta como a tarefa preceptiva do estado do bem-estar moderno. Enquanto objecto de estudo tem sido partilhada pelas várias ciências, incluindo a Psicologia. O que a caracteriza é precisamente a sua movimentação num terreno pluridisciplinar (Faquahar, 1995), lugar de confluência onde o psicólogo, o político, o economista, o médico, o sociólogo, junto com muitos outros profissionais, elaboram as suas abordagens.

Apesar da preocupação com a Qualidade de Vida existir desde sempre, o conceito é recente. Aparece na década de 60 e desenvolve-se posteriormente no contexto da investigação científica que entretanto prolifera, inicialmente no campo da Sociologia e da Psicologia, tornando-se um termo popular no campo da Saúde, sobretudo nos anos 80. Esta importância e vulgarização do conceito deve-se sobretudo a fenómenos como a globalização económica, a industrialização, as desigualdades sociais, o aumento da poluição, a explosão demográfica, o excesso de consumo e de desperdício, o progressivo esgotamento dos recursos não renováveis, a inflação, o desemprego, a marginalidade, contribuíram para a emergência do conceito dinâmico de qualidade de vida (Caeiro in Bessa, 2000).

As expectativas, os desejos, as necessidades, sociais e individuais, não são homogéneos e imutáveis, pelo contrário, elas são condicionadas pelas coordenadas espaço-temporais, ou seja, variam em função da cultura e do sistema de valores a que se pertence.

Nas sociedades actuais podemos dizer que o conceito de qualidade de vida é um conceito polissémico (Bessa, 2000), transversal aos diversos contextos onde as nossas vidas decorrem: o espaço institucional, o espaço doméstico ou o lazer, entre outros. O conceito entrou definitivamente na linguagem quotidiana (seja o discurso científico seja o discurso do senso comum) e é constantemente reivindicado enquanto valor social e direito social.

Historicamente o conceito de qualidade foi alvo de uma abordagem essencialmente filosófica (desde a Grécia Clássica ao século XIX encontramos reflexões sobre o conceito) enquanto que na actualidade nos aparece muito mais ligado às questões da vida prática: “Qualidade de Vida tem sido aplicado ao bem-estar e à saúde, ao impacto da doença, recursos financeiros disponíveis, trabalho e lazer, papéis sociais, cultura, preocupações da comunidade e integração na comunidade. Também se tem registado desacordo relativamente à questão de se a qualidade de vida é primariamente um fenómeno objectivo ou subjectivo” (Raphael e outros, 1996, pág.2, in Bessa, 2000).<sup>2</sup> Como assinala García Riaño (1991), não existem referências históricas do termo Qualidade de Vida em si, resultando desse facto a necessidade de recorrer a termos como saúde, doença, bem-estar desenvolvimento humano e felicidade para traçar as origens do aparecimento do conceito Qualidade de Vida.

As primeiras descrições relativas à saúde e à doença, encontram-se nos escritos gregos e romanos. Nos finais do século VI a c., com o nascimento da Medicina hipocrática, a doença é apresentada como uma natureza intrínseca ao homem e não restringida a forças obscuras e misteriosas de carácter sobrenatural exteriores ao homem.

A Antiguidade e a Idade Média, períodos históricos de grandes epidemias indistintamente designadas por peste assistiram ao desenvolver e aprofundar da explicação das doenças através de factores sobrenaturais. A propagação das doenças era frequentemente atribuída ao castigo de Deus, uma “maldição divina” pelos pecados humanos (Ferreira, 1975; Foucault, 1990; Herzlich, 1991).

O Séc. XVIII por sua vez assiste ao desenvolvimento da noção de contágio e ao desencadear de medidas no sentido de travar a propagação das epidemias (Foucault, 1990; Herzlich, 1991). A doença passou a ser encarada como um fenómeno natural que podia ser

---

<sup>2</sup> \*Citação na língua original - "QOL has been applied to wellness and health, the impact of illness, availability of financial resources, work life and leisure, life roles, culture, community concerns, and community integration. There has also been disagreement on whether QOL is primarily an objective or a subjective phenomena" (Raphael e outros, 1996, pág.2, in Bessa, 2000).

combatido não pelos sacrifícios e penitências mas pela higiene, isolamento, etc. (Reto, F., 1999). Sem dúvida que se trata de um período em que se lançam as primeiras sementes que permitiram aos séculos seguintes desenvolver a área do bem estar social e o problema da saúde pública.

No séc. XIX os relatórios Chadwich na Inglaterra (1842) e o relatório Shattuk nos EUA (1850) instauram uma aceção de saúde pública na qual os aspectos de saúde e bem-estar social se apresentam intimamente associados. Em ambos os relatórios, analisam-se conjuntamente a saúde pública, as condições de trabalho, a dieta e o sistema alimentar, a taxa de mortalidade e a esperança de vida, o sistema de escolaridade, o estado das casas e das cidades, assim como as formas de vida das diferentes classes sociais (Piédrola, 1991).

O reconhecimento dos direitos humanos e os direitos dos cidadãos nos Estados do séc. XIX trouxe novas fronteiras para o conceito de qualidade de vida. Assim, reconhecendo a actividade, a acção individual, a luta política, a liberdade de associação e reunião, a liberdade religiosa e de opinião bem como a sua livre expressão, introduzem-se novos contornos políticos e sociais ao conceito de qualidade de vida. O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 1994) refere que, até ao século XX, políticos, filósofos, académicos consideravam a qualidade de vida o resultado da capacidade humana para fazer pleno uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade, com respeito pelo universalismo do direito à vida.

Os desenvolvimentos científicos operados a nível da medicina no séc. XIX e primeira metade do séc. XX possibilitaram que a tónica se deslocasse do colectivo (como no caso das grandes epidemias) para o individual, orgânico. Privilegia-se o tratamento do sintoma em detrimento da sua articulação com o resto do corpo e da mente bem como do contexto em que a doença se desenvolve.

O entendimento da saúde enquanto estado de bem estar individual progressivamente mostrou-se limitado e incapaz de responder aos desafios colocados pela complexidade dos problemas emergentes: “os riscos que as investigações epidemiológicas vão revelando (...) distribuem-se pelo ambiente económico, cultural e social das populações e são condicionados pelos estilos de vida e de comportamento dos indivíduos,

das famílias e dos diversos grupos e comunidades” (Motta, 1985, pág.656, in Reto, F., 1999).

De facto a partir da IIª Grande Guerra, com o estabelecimento das democracias parlamentares e com a instauração de uma economia de mercado foi possível atingir um desenvolvimento económico sem precedentes que se veio manifestar a nível da Qualidade de Vida.

A saúde enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” foi definida pela OMS em 1946 e constitui um marco de mudança importante dado que o entendimento que até então predominava encarava a doença como um estado orgânico e a saúde como ausência de doença (Ferreira, 1990b). Falar de saúde é falar do pleno desenvolvimento e realização dos indivíduos, das suas aspirações, aptidões, capacidades bio-psico-socio-culturais, o que implica também a qualidade de vida, na interacção satisfatória e construtiva com os outros e com o meio físico onde estão inseridos.

Progressivamente readquiriu-se uma visão comunitária da saúde, cada vez mais ligada à sua componente social. Desenvolveram-se e generalizaram-se as intervenções a nível da prevenção e promoção da saúde.

Os anos 60 assistem ao desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida que questionou a filosofia em que as sociedades ocidentais assentavam e levou à constatação de que o crescimento económico não significa necessariamente desenvolvimento social. É célebre a caracterização que o Presidente Johnson’s nos EUA faz, em 1964, da “sociedade afluyente” como estando preocupada “não com o quanto, mas com o quão bom, não com a quantidade de bens mas com a qualidade de vida” A qualidade de vida é vista como o resultado da capacidade humana para fazer pleno uso das suas potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas. Neste contexto da sociedade americana de facto fenómenos como a violência, o crime e a desordem publica ganhavam cada vez mais visibilidade, apesar de se verificar um cada vez maior crescimento económico. Para analisar a Qualidade de Vida passaram então a considerar-se indicadores societais com o fim de avaliar o bem-estar da nação, como sejam os níveis educacionais, tipo de habitação, taxas de crime nos bairros, etc. Durante algum tempo a vinculação da Qualidade de Vida

ao desenvolvimento económico fez com que não fossem tidos em conta aspectos mais qualitativos do conceito (Blanco, 1985). Nem a sociedade opulenta e consumista significa qualidade de vida, nem o bem-estar material e económico coincide com o bem-estar subjectivo, com a satisfação com a vida e com o sentido de felicidade.

Nos anos 70 os factores psicológicos ou subjectivos ganharam terreno sobre os indicadores sociais mais quantificáveis tentando afirmar-se como uma medida mais precisa da Qualidade de Vida (Day & Jankey, 1996). A Psicologia sugere que as medidas subjectivas podem explicar a variação da qualidade de vida do indivíduo não explicada pelos indicadores objectivos. Surge então a preocupação pelos aspectos qualitativos e quotidianos da vida que o desenvolvimento económico por si só não pode garantir, o que outorga ao conceito um rosto mais humanizado porque atento aos detalhes individuais da existência como a felicidade, a dor.

A partir daqui, as pesquisas e as intervenções vão-se pautar por uma destas duas tendências que acima identificamos. Sucintamente poderíamos dizer que se o conceito de Qualidade de Vida inicialmente consistia no cuidado de saúde pessoal, logo se converte na preocupação pela saúde e higiene publicas, estendendo-se posteriormente ao direitos humanos, laborais e de cidadania e ainda à capacidade de acesso aos bens económicos e finalmente converte-se na preocupação pela experiência subjectiva do sujeito perante a sua vida social, a sua actividade quotidiana e da sua própria saúde.

### **3.2.2. Definindo qualidade de vida**

Apesar da extensa bibliografia que nos últimos 30 anos se produziu sobre qualidade de vida não apresenta uma definição consensual sobre Qualidade de Vida (Faquahar, 1995; Olschewski et al., 1994; McCarthy, 1995; Leeighton, 1993; O'Boile, 1992; Bowling, 1995). Esta diversidade de conceptualizações e interpretações contribui para a não existência de consenso nas medidas que os diversos investigadores apresentam sobre Qualidade de Vida. Talvez esta falta de consenso explique o uso permutável do conceito de Qualidade de Vida em relação a outros conceitos como bem-estar, felicidade, nível de vida, modo de vida, satisfação com a vida e moral (Evans, 1994).

Romney, Brown e Fry (1994) tentaram explicar porque é que não existe uma definição universal de qualidade de vida. Apontam como principais motivos o facto de que os processos psicológicos relevantes para a experiência da Qualidade de Vida podem ser descritos e interpretados através de filtros conceptuais e linguagens diferentes; ainda acrescentam ainda que o conceito de Qualidade de Vida tem um grau de valor variável; e implica a compreensão do crescimento humano e do processo de desenvolvimento, da herança do espectro de vida do indivíduo em relação à sua comunidade e a influência dos factores do ambiente e do sistema de valores sobre estes processos psicológicos.

Na bibliografia encontramos definições vagas como por exemplo “tudo o que o indivíduo considere como tal” ou “capacidade de levar uma vida normal”; mas encontramos também definições globais, genéricas, integradoras e também aquelas que atendem unicamente ao campo da saúde.

Sem querermos ser exaustivos, entre as definições mais globais encontramos a de Levy y Anderson (1980) que basicamente identificam o bem estar físico, mental e social tal como são percebidos por cada indivíduo ou grupo, e ainda a felicidade, satisfação e recompensa. Calman (1984) define Qualidade de Vida como a intercepção entre as esperanças e ambições com a experiência. Ferrans e Powers (1985) enfatizam as percepções que cada indivíduo tem sobre o bem-estar e que resultam da satisfação/insatisfação com as dimensões da vida que são importantes para o indivíduo. Grant et al. (1990) definem-na como uma declaração pessoal da positividade ou negatividade de determinados atributos que caracterizam a vida do indivíduo.

A nível das definições específicas encontramos a nível da saúde a de Shipper (1990) que define Qualidade de Vida como uma representação funcional, pragmática da resposta física, psicológica e social do paciente a uma doença e ao seu tratamento. Cella e Tulsky (1990) definem-na como a avaliação do paciente e satisfação com o seu nível de funcionamento em comparação com o que eles percebem como sendo possível e ideal. Gotey et al. (1992) definem-na como um estado de bem-estar que é composto pela capacidade de desempenhar as actividades do dia-a-dia que reflectem bem-estar físico, psicológico e social e a satisfação do paciente com os níveis de funcionamento e o controlo da doença.

Consideramos integradora a perspectiva de Hass (1995) que defende que a QDV é uma avaliação multidimensional feita pelo indivíduo das circunstâncias correntes de vida no contexto cultural onde vive e de acordo com o sistema de valores que perfilha. Portanto, definir Qualidade de Vida é de facto tarefa difícil visto que se trata de um sentido de bem-estar eminentemente subjectivo e que agrupa simultaneamente as dimensões física, psicológica social e espiritual. Os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural interrelacionados de forma sistémica jogam um papel fundamental na construção ou auto-construção da Qualidade de Vida.

Apesar do relativo consenso científico acerca da falta de consenso quanto ao conceito, podemos identificar um conjunto de características que estão presentes em muitos dos estudos a que tivemos acesso, entre elas: a sua natureza multidimensional, a consideração de indicadores objectivos e subjectivos e ainda o facto de se tratar de um conceito dinâmico e uma medida de percepção individual.

No que respeita à sua natureza multidimensional a literatura cobre uma vasta gama de domínios ou dimensões que variam relativamente de autor para autor. Muitos concordam que a avaliação da qualidade de vida deve incluir, pelo menos, três dos seguintes domínios: preocupações somáticas (como a dor, energia); habilidade funcional; bem-estar familiar; espiritualidade; satisfação com o tratamento; expectativas futuras; sexualidade e imagem corporal; funcionamento social; funcionamento ocupacional. Spilker (1993 in Bessa, 2000) enaltece os aspectos ambientais da Qualidade de Vida e da qualidade de vida em relação à saúde, que abrangem qualidade do ar e da água, da escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio-económico e social e espírito comunitário. A Qualidade de Vida em relação à Saúde abrange, segundo este autor os seguintes domínios: capacidade física; estado psicológico; estatuto social e estatuto económico/emprego.

Relativamente à consideração de indicadores objectivos e subjectivos importa referir que as pesquisas sobre a Qualidade de Vida pretendem, de um modo geral, medir os efeitos combinados dos factores objectivos (factores exógenos) e subjectivos (percepção endógena que a pessoa tem desses factores e de si própria) no bem-estar humano. O debate acerca da sua distinção é muito produtivo (Szalai, 1980) e a sua

integração parece ser desejável e necessária uma vez que o seu uso isolado torna-se desadequado e inútil para o conhecimento da Qualidade de Vida.

Os factores objectivos, no sentido amplo do termo, implicam indicadores relacionados com o padrão de vida do indivíduo e as condições passíveis de verificação inerentes a uma determinada unidade cultural (Evans, 1994). Já os factores subjectivos que jogam um papel fundamental na determinação da Qualidade de Vida estão directamente dependentes das percepções individuais, crenças, sentimentos e expectativas de cada indivíduo. No campo da saúde, embora uma avaliação objectiva seja fundamental, o conhecimento do impacto da doença e do tratamento na QDV apresenta-se de suma relevância.

Em suma, trata-se de um conceito dinâmico dado que assenta essencialmente nas percepções e expectativas dos indivíduos, que varia ao longo do tempo e depende das modificações do indivíduo e do contexto que o rodeia.

Uma outra característica do conceito é o facto de se tratar de uma medida de percepção individual, na medida em que depende da avaliação e percepção que cada indivíduo faz num determinado momento da sua vida em contexto específico. Por isso Calman (1984) argumenta que a Qualidade de Vida só pode ser definida em termos individuais.

### **3.2.3. Qualidade de vida e saúde**

Estado de saúde e Qualidade de Vida são conceitos utilizados muitas vezes de forma interdependente. O conceito de saúde, também ele multidimensional e de natureza biopsicossocial apresenta relações directas com o que hoje entendemos como Qualidade de Vida. Por um lado, os níveis de saúde de uma determinada população afectam directamente os níveis de Qualidade de Vida, como por exemplo a variação do desempenho das actividades diárias são condicionados pelo nível de saúde. Por outro lado pode reflectir-se indirectamente, na medida em que exerce influência sobre os restantes elementos ou indicadores que estão presentes na avaliação da QDV – por exemplo no trabalho, ócio, autonomia, relações sociais, entre outros.



Esta interdependência não pode significar indistinção conceptual, pelo que não podemos problematizar a Qualidade de Vida exclusivamente do ponto de vista da saúde. Se o fizéssemos estaríamos a perder todos os outros factores acima identificados e que contribuem também para a Qualidade de Vida dos indivíduos.

Muitas críticas têm proliferado no campo da saúde sobre o conceito de Qualidade de Vida, chamando à atenção essencialmente para o seu carácter generalista e para a pouca utilidade que assim apresenta a nível dos cuidados de saúde. Vários autores têm proposto que se proceda à distinção conceptual entre Qualidade de Vida global e Qualidade de Vida relacionada com a saúde (Aaronson, 1990; Guyatt et al., 1993; Schipper et al., 1990). Neste contexto e com este objectivo, em 1982, Kaplan e Bush (in Aaronson, 1990) propuseram o termo de Qualidade de Vida relacionado com a Saúde. Em 1995 surge a primeira definição por Shumaker & Naughton (1995 in Brown et al., 1996) que definem Qualidade de Vida relacionada com a Saúde como as avaliações subjectivas das pessoas que decorrem dos seus estados de saúde corrente, dos cuidados de saúde recebidos e actividades promotoras da saúde, da capacidade de conseguir um nível de funcionamento geral que lhes permita perseguir objectivos e expectativas de vida que se reflectem no seu bem-estar geral. Os domínios ou dimensões consideradas incluem o funcionamento social, físico e cognitivo; morbilidade; auto-cuidado e bem-estar emocional. Outras pesquisas desenvolvidas (Berzon et al., 1993) acentuam domínios como: dor ou ausência de dor; energia e vitalidade; sono; apetite; e outros que se considerem relevantes para a história da doença. Wilson e Cleary (1995) propuseram um modelo conceptual onde descreveram as dimensões que a maioria das conceptualizações sobre Qualidade de Vida relacionada com a Saúde incluem: funcionamento físico, social, papel social, saúde mental e percepções gerais de saúde como vitalidade, dor e funcionamento cognitivo.

Brown et al. (1996) dizem que o termo Qualidade de Vida relacionada com a Saúde é sobretudo utilizado no campo da Medicina onde a saúde é frequentemente vista em dicotomia com a doença. Esta perspectiva é incongruente com a da maioria dos pacientes com doenças avançadas que definem a saúde como uma sensação de um todo e reconhecem o potencial da saúde dentro da doença (Fryback, 1993; KagawaSinger, 1993; Moch, 1989, 1990). Outros autores (Guyatt, et al., 1996), pelo contrário, enaltecem o facto

de perante o surgimento da doença num determinado doente, quase todos os aspectos da vida desse doente se poderem tornar relacionados com a saúde.

Podemos encontrar também trabalhos que acentuam, no campo da medicina, a qualidade da mudança que ocorre como resultado de intervenções médicas (Nagler,1996).

O conceito de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde tornou-se um foco de interesse nos países desenvolvidos onde as doenças infecciosas deram lugar aos processos crónicos (cancro, doenças cardio-vasculares, doenças reumáticas, etc.) como causa mais frequente de incapacidade ou morte. Praticamente todas as áreas da medicina abordaram este tema, especialmente as orientadas para a avaliação terapêutica de diferentes intervenções sanitárias e para a melhoria da QDV dos indivíduos sujeitos aos tratamentos.

É o caso da área da psiquiatria e saúde mental, onde pesquisas acerca desta temática assumem uma capital importância. A necessidade de melhor se compreender as doenças mentais, quer em relação à etiologia, quer em relação às diversas formas de intervenção terapêutica desenvolvidas e aplicadas nos últimos anos que têm alterado os padrões de leitura deste fenómeno bio-psico-social têm precipitado a necessidade de estudos sobre qualidade de vida das doenças mentais, colocando-os no primeiro plano das linhas de investigação internacional. Por outro lado o facto de este tipo de doenças ficarem extremamente dispendiosas para a sociedade e por outro lado, pelo facto do número de doentes psiquiátricos ter vindo a aumentar nos últimos anos “Estudos recentes indicam que entre 15 e 20 por cento da população adulta dos países desenvolvidos tem problemas de saúde mental, que vão desde formas leves de depressão até doenças psiquiátricas graves”(Ibidem, pág.324), leva a que os responsáveis pelas políticas de saúde nos diversos países, bem como os diversos intervenientes desta área específica procurem através de estudos sobre qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental, analisar a eficiência das medidas de saúde adoptadas.

É nesta perspectiva que Marcolin (1988 e 1991) desenvolveu no Brasil e nos E.U.A., estudos para analisar o impacto de determinados antipsicóticos na melhoria da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. Também Cohi (1990) efectuou um estudo comparativo da qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia segundo o tipo de tratamento que lhes era aplicado, que Bigelow et al (1991) têm investigado o impacto de

tratamentos comunitários intensivos no aumento da qualidade de vida de pessoas com doenças mentais. Mercier et al (1992) têm procurado estudar o impacto das estruturas comunitárias na melhoria da qualidade de vida de doentes psiquiátricos crónicos no Quebec, Canada e Baker et al (1992) têm pesquisado em Inglaterra a relação entre o suporte social e a qualidade de vida em doentes psiquiátricos, entre outros.

Vejamos no ponto seguinte, que tipo de estratégias terapêuticas têm sido utilizadas para procurar melhorar a qualidade de vida e inserção social de pessoas com psicose esquizofrénica.

### **3.3. A intervenção terapêutica como mecanismo de reabilitação e inserção social e instrumento de melhoria da qualidade de vida**

Agora que nos sentimos mais libertos da necessidade metodológica de caracterizar a polissemia do conceito “qualidade de vida” iremos procurar de uma forma fluida, tanto quanto nos é possível, caracterizar o tipo de intervenções terapêuticas que têm sido utilizadas em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, no sentido de promover o seu prazer pela vida, nível de autonomia em relação a terceiros, efectiva inserção na sociedade e por conseguinte, melhoria da sua qualidade de vida.

#### **3.3.1. Da psicofarmacologia às diferentes correntes psicoterapêuticas**

Antes do aparecimento de psicofármacos eficazes na década de 50, os tratamentos psiquiátricos físicos constituíam uma das poucas alternativas para lidar com a psicose esquizofrénica. Eram utilizadas estratégias como duches, massagens, exercícios, aplicações de diferentes estimulações cutâneas, visuais ou sonoras no sentido de se promover alterações no comportamento dos doentes.

Entre as alternativas implementadas procurou-se na década 30 a indução de crises convulsivas, na expectativa de alterar os estados psicológicos, por semelhança ao que se supunha acontecer com os pacientes epiléticos antes da crise. Era disso exemplo o electrochoque terapêutico ou electroconvulsivoterapia introduzido por Cerletti e Bini em 1938 que se mostrou de fácil aplicação e relativamente seguro. Embora esses pressupostos

não se confirmassem, o facto é que alguns desses tratamentos revelaram-se empiricamente eficazes. Embora as suas indicações iniciais fossem muito generalistas e o seu interesse tenha sido claramente diminuído com o aparecimento dos psicofármacos com eficácias cada vez mais relevantes, o electrochoque terapêutico é praticamente o único desses tratamentos físicos que ainda hoje se utiliza no tratamento da esquizofrenia, em particular da forma catatónica. O programa terapêutico è normalmente constituído pelo máximo de 6 a 10 sessões, três vezes por semana, onde é levada em linha de conta uma cuidadosa selecção dos pacientes em termos de indicações e contra-indicações (absolutas: doença cardíaca recente não estabilizada e osteoporose significativa; ou relativas: profissão em que o uso da memória tenha grande importância dado poder ser afectada nos seis meses subsequentes). Caracteriza-se fundamentalmente pela estimulação eléctrica através da aplicação de eléctrodos no cabeça e um aparelho apropriado (os mais modernos permitem ajustar a voltagem e a duração a um mínimo capaz de produzir as convulsões generalizadas), realizada após a administração de um curarizante (succinilcolina) para diminuir os abalos musculares e os consequentes riscos de fracturas, e de uma anestesia geral com pentotal. De qualquer forma, de uma forma geral, nos protocolos terapêuticos actuais é a psicofarmacologia que ocupa um lugar de destaque na atenuação dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e por conseguinte no aumento do grau de satisfação vivencial e funcionalidade. Caracteriza-se essencialmente por neurolépticos, (Anty, 1977), medicamentos que representam um ponto de viragem importante na abordagem terapêutica nos estados psicóticos a partir dos anos 50 (Ey, 1989; Jean-Baptiste, 1998), já que possibilitaram uma melhor contenção da sintomatologia, tornando possível o tratamento em ambulatório. Os doentes deixaram de ser tratados exclusivamente por processos que implicassem internamento em hospital psiquiátrico para passar a ser possível a sua integração comunitária, conforme já referimos. De um modo geral, estes fármacos têm as seguintes propriedades clínicas segundo Delay e Deniker (in Jenner et al., 1992): efeito sedativo e acção inibidora da excitação, da agitação, da agressividade e redução dos estados maníacos; efeito anti-ansioso dado que actua sobre a angústia psicótica; propriedade de inibir os delírios e as alucinações, sendo também denominados de anti-psicóticos; efeitos anti-autísticos ao atenuarem o autismo, a ambivalência, as perturbações das associações e da afectividade.

As formas usuais de administrar esta terapêutica podem ser através de comprimidos diários ou em injeção todos os quinze dias ou todos os meses. A administração em injeção permite uma melhor vigilância de tratamento ambulatorio, proporcionando estabilizações mais duráveis, facilitando a integração social dado que o recurso ao internamento é quase nulo ou muito menor e reduz a rejeição do paciente à medicação, dados os efeitos secundários. Os efeitos secundários mais relatados nas posologias dos medicamentos e, que de um a forma geral, são referenciados por muitos destes utentes com quem já tivemos contactos na nossa prática clínica, são os que têm a ver com aspectos sexuais (alterações de funcionamento, impotência), com aspectos motores (lentidão, rigidez muscular) e com alterações do sono (alteração dos horários do sono).

De qualquer forma são os próprios Delay e Deniker, (cit. in Jenner et al, 1992), que afirmam que o tratamento farmacológico tem um efeito suspensivo mas não curativo da psicose. Este efeito suspensivo da sintomatologia abre o caminho, para a introdução de novos procedimentos terapêuticos.

Assim pode-se dizer que o tratamento clássico, baseado na exclusiva causalidade orgânica serve-se somente da quimioterapia, da cura de Sakel (insulinoterapia), dos electrochoques (Anty, 1977) como forma de enfrentar a esquizofrenia, desvalorizando, ou não considerando a vivência e o discurso da pessoa doente.

Recentemente tem-se discutido o interesse das abordagens psicoterapêuticas, valorizadoras da subjectividade do paciente que deve ser compreendida, através da dialéctica relacional (Vila-Real, 1981). O que caracteriza uma psicoterapia é o tratamento estar baseado na comunicação entre o terapeuta e o paciente. Embora nem todas as formas de psicoterapia usem a linguagem verbal como um instrumento privilegiado (caso das abordagens mais activas ou expressivas, como o psicodrama, ou através do corpo, como as técnicas de relaxamento), mesmo assim podemos considerar que em todas elas a comunicação é o ingrediente principal.

Jenner et al., (1992) propõe a psicanálise como forma de compreensão psicopatológica do processo esquizofrénico, a seu ver o meio mais seguro de conhecer o funcionamento psicológico e de compreender "estes pacientes reputados difíceis".

Segundo Roux (in Jenner, et al., 1992) os esquizofrénicos, de um modo geral, reagem bastante bem à proposta de se examinarem a si próprios, proporcionando-se-lhes a liberdade de se servirem daquilo que sempre existiu neles mas que foi ignorado ou relegado para segundo plano. Na revisão efectuada por Jenner et al., (1992) vários autores concordam que o trabalho analítico consistiria em ajudar o paciente a encontrar e definir as suas fronteiras, as fronteiras do ego, e só então, a partir delas partir para investimentos do eu em relação ao exterior.

Tendo por base a psicanálise, outras psicoterapias se desenvolveram. Nestas podemos encontrar aquelas que se baseiam numa relação dual (psicoterapia de inspiração analítica, psicoterapia breve, psicoterapia focal entre outras), e aquelas que se centram numa relação grupal (grupanálise, psicoterapia de grupo, psicodrama, terapia familiar entre outras). Dias (1988) caracteriza-as por uma série de atitudes básicas, entre as quais a congruência, a escuta incondicional positiva e a compreensão empática. Uma centram-se no comportamento, outras na relação com o exterior, outras ainda na relação consigo próprio ou na análise da história passada do cliente e da sua relação com o presente. Assim, se o divã se tornou o paradigma da psicoterapia individual (embora mesmo no âmbito das referências psicanalíticas tenham surgido como já referimos, psicoterapias ditas breves, apoiadas na relação face a face e recorrendo e ao que Alaxander conceptualizou como experiência emocional correctiva, fora do âmbito transferencial), o palco passou a ser a referência da psicoterapia de grupo, nomeadamente com noções como papel, protagonista e auditório, desenvolvidas nomeadamente pelo psicodrama. De acordo com Orlinsky e Howard (1995) os diversos movimentos de psicoterapia podem ser agrupadas em quatro grandes grupos:

- analítico-dinâmicas, incluindo a psicanálise e as suas primeiras variantes (Jung, Adler), e as teorias interpessoais (Sullivan), linguísticas (Lacan), de relações de objecto (Winnicott), psicologia do 'ego' (Hartmann e Kohut), etc. e que procuram providenciar um 'insight' das motivações inconscientes.
- cognitivo-comportamentais, incluindo as versões do condicionamento clássico e operante e da teoria da aprendizagem social (Bandura, Wolpe) e as teorias dos construtos pessoais (Kelly), cognitiva (Beck), racional-emotiva

(Ellis) e as recentes abordagens narrativistas e que se baseiam nas teorias da aprendizagem e tendem a corrigir comportamentos desadaptativos através da reeducação e do treino.

- experiencial-expressivas, incluindo a terapia centrada no cliente (Rogers), gestálticas (Perls), sonho acordado e 'imagerie mental' (Desoille), logoterapia (Frankl), psicodrama (Moreno) e bioenergética (Lowen) e que pondo a tónica na expressão pessoal e na experiência concreta e global, levam a um sentimento de expansão e crescimento pessoal.
- estratégico-sistémicas, incluindo os autores clássicos da análise da comunicação (Haley, Watzlawick), da terapia familiar e de casal (Bowen, Minuchin, Selvini-Palazzoli), e da hipnoterapia (Milton Erickson, Zeig) e que valorizam a resolução de problemas através das trocas de informação.

De uma forma geral, pode considerar-se com Cawley (1974) que há diferentes níveis de intervenção psicoterapêutica: psicoterapia num sentido lato – inespecífica, presente em toda a relação médico-doente ou técnico-utente, quando são considerados os aspectos comportamentais ou emocionais; psicoterapia informal – eclética, podendo socorrer-se de diferentes modelos numa perspectiva de solução de problemas: psicoterapia formal – de regras fixas e num 'setting' determinado, usualmente segundo um modelo considerado indicado ao problema considerado.

O uso das psicoterapias na esquizofrenia depende em grande parte da postura teórica de base. Arieti (in J. Gameiro, 1992) por exemplo reduz o processo de formação do pensamento esquizofrénico ao processo intra-psíquico que se vai estruturando pouco a pouco no paciente e propõe a psicoterapia individual como meio de cura.

Outros autores consideram nas psicoses, só excepcionalmente uma psicanálise ou "cura-tipo" pode ter lugar dada a impossibilidade da transferência e o carácter narcísico dos investimentos psicóticos.

De um modo geral, a psicoterapia é advogada por aqueles que consideram que através da sua acção - necessária para evitar que a pessoa com esquizofrenia se refugie no espaço que criou e se feche num mundo só seu - o paciente esquizofrénico poderá obter melhorias qualitativas na sua relação objectal e narcísica. Devido às peculiaridades da

patologia, todos os autores concordam que é difícil consegui-lo. Alguns autores apelam somente às terapias de relação grupal ou a um misto destas e das de relação dual.

A psico-socioterapia, segundo Ey (1989) visa a interpretação dos conteúdos da psicose e a reconstrução da personalidade do esquizofrénico e simultaneamente a restauração dos seus laços com os outros.

Burner (in Ey, 1989), distingue várias terapias de grupo que podem ser utilizadas no tratamento da esquizofrenia: grupos de comunicação que têm fins reeducativos, grupos de inspiração analítica que podem proporcionar ao paciente uma certa protecção pelo contacto e experiência dos outros, grupos dramáticos inspirados no psicodrama de Moreno e a terapia familiar, já que vários estudos permitiram verificar a influência negativa da atmosfera familiar no curso da esquizofrenia. Em muitos casos verificava-se que o regresso à família se associava a um pior prognóstico.

A Terapêutica Ocupacional, despida de identificação com a mera ocupação dos doentes, é hoje entendida como uma forma de tratamento, relação, comunicação, que usa as actividades como modelo operativo e que assenta sobretudo na comunicação não verbal. A relação exprime-se fundamentalmente a nível do objecto fabricado, ou dos materiais que funcionam como um écran sobre o qual se projectam as necessidades de dependência, competição, agressividade, amor, imagem corporal, distorções do ego, identificação sexual, entre outras. É através das actividades seleccionadas que se trabalham esferas do funcionamento da pessoa, isto é, componentes cognitivos, perceptivo-motores, psicológicos e sociais, fundamentais para um desempenho eficiente e ajustado nas várias áreas de actividade/ocupação humana (trabalho/escola, lazer e actividades da vida diária).

Em pessoas com esquizofrenia, eventualmente em estados de evolução de doença mais prolongados ou crónicos, torna-se ainda mais fundamental o recurso a equipamentos e medidas de suporte a programas de reabilitação psicossocial. Falamos de recursos que possibilitem autonomizar funcionalmente estas pessoas quer ao nível habitacional (eventual recurso aos programas que integram as unidades de vida apoiada, protegida e autónoma, mas também ao trabalho com as famílias de origem e famílias de acolhimento...) laboral (eventual recurso ao mercado social de emprego, emprego



protegido, medidas especiais para as pessoas com disfunções psicossociais de apoio ao emprego do IEFP) e Ocupacional (fóruns ocupacionais), que iremos abordar sucintamente no ponto seguinte.

### **3.3.2. Reabilitação e Inserção Social**

Limitemo-nos, porque é a que directamente mais se enquadra em termos do objecto de estudo desta pesquisa, à caracterização das respostas habitacionais que são utilizadas com mais frequência na inserção de pessoas com doença mental, em particular, das que apresentam psicose esquizofrénica, em fase crónica da doença, por forma a promover a sua qualidade de vida.

O hospital psiquiátrico, embora cada vez mais posto à margem pelas novas políticas de saúde mental, continua ainda hoje a ser um local de residência para muitas pessoas que sofrem de doença mental, porque se considera não existirem respostas sociais alternativas para a sua integração por já não estarem capazes de desenvolver competências nos vários domínios de vida ou por não haver outros recursos sociais disponíveis (família de origem, famílias de acolhimento, estruturas comunitárias...).

Goffman (1961) analisa o hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total de violência social, “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande numero de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1961, pág.11). Este autor analisa não só os processos institucionais e organizativos deste tipo de resposta social ao problema da doença mental - Hospitais Psiquiátricos - como também as consequências sociais nas pessoas individualmente consideradas. Foucault (1975), propõe também que o Hospital Psiquiátrico, à semelhança de outras organizações sociais como as prisões sejam perspectivadas como instrumentos da sociedade disciplinar, denominando-as de “instituições de sequestro” em que os indivíduos nelas “enquadrados” são considerados “incluídos” num sistema normalizador (Foucault, 1975). Este posicionamento terá os seus frutos, como vimos em capítulo anterior, sobretudo na Itália com Basaglia (1970) que crítica a Psiquiatria e analisa o Hospital Psiquiátrico como uma instituição de violência e

que portanto é necessário negar, aniquilar, extinguir.

De qualquer forma, nos dias de hoje, em função das realidades vividas em muitos dos hospitais psiquiátricos portugueses, diferentes em muitos aspectos daqueles em que a loucura se transformou em doença mental, pensamos ser fundamental que as diversas pessoas que trabalham nesta problemática, da inserção social do doente mental, possam questionar, se apesar de tudo, para alguns destes doentes crónicos, de acordo com as suas expectativas, motivações, níveis de deterioração, hábitos e rotinas de décadas por vezes altamente segurizantes, se a sua permanência no hospital não será a solução mais adequada, que neste contexto, menos perdas e mais qualidade de vida produz. Esta referência não invalida, de qualquer forma, que o Estado através da definição de políticas reguladoras e as instituições de saúde mental, responsáveis pela sua implementação, não se devam organizar no sentido de inviabilizar a «produção» de mais doentes crónicos institucionalizados.

Outra possibilidade de resposta habitacional, desenvolvida a partir da necessidade de desinstitucionalizar desde da década de 50, os doentes crónicos que viviam na sua maioria nos hospitais psiquiátricos, são as estruturas residenciais comunitárias. Actualmente, são conceptualizadas como unidades de vida apoiada, protegida e autónoma, com níveis de autonomia, lotação e objectivos diferentes, conforme a portaria que as regulamenta, já caracterizada no capítulo dois. Em Portugal, (como já referimos no ultimo ponto do capítulo dois, resultante da análise que efectuamos da resposta de cuidados de psiquiatria e saúde mental), o número destas estruturas é ainda completamente insuficiente em função das necessidades, o que empurra, de acordo com Alves (2000) a família para o principal recurso integrador das pessoas que sofrem de psicose esquizofrénica.

Nas sociedades ocidentais actuais, as pessoas que estão integradas vivem em grupos familiares e na vida quotidiana, a família é a unidade social constituída por aqueles que vivem juntos na mesma casa e entre si têm um determinado grau de parentesco.

Segundo Miles (1981) actualmente, nas sociedades ocidentais, argumenta-se que as famílias estão mal preparadas para lidarem com a doença em casa, por se tratar de um grupo pequeno, constituído, na maior parte dos casos, por dois adultos que, em muitos casos, trabalham fora de casa, e os seus filhos.

Vimos que com a desinstitucionalização, pessoas que passavam longos períodos nos “asilos” e nos hospitais psiquiátricos passaram a viver na comunidade, o que significa em muitos casos, viver na família. A maioria das pesquisas sobre as famílias nas sociedades ocidentais (Creer e Wing, 1964, in Miles, 1981) têm mostrado que estas tendem a acolher o seu membro com doença mental, o que parece ser determinado por factores sociais e culturais: “A aceitação ou rejeição dos pacientes psiquiátricos pelas suas famílias é uma questão complexa. O quadro que emerge da maioria das pesquisas é o de famílias dispostas a acomodar e receber o paciente quando volta do hospital, mas que são pressionadas pelo desgaste e pelas exigências do convívio com uma pessoa mentalmente perturbada (...) Com a mudança progressiva da política hospitalar no sentido de uma libertação precoce dos pacientes e do atendimento domiciliar, o grau em que a família está capacitada e disposta a suportar esse encargo é uma consideração da maior importância” (Miles, 1981, pág.134).

Assim no caso específico da doença mental as repercussões da situação vivida por estas pessoas estendem-se à família. Além de provocar uma reorganização familiar, gera fortes tensões vividas muitas vezes com angústia e receio do futuro. Quais serão, neste contexto, as atitudes das famílias perante o familiar doente? Gomes (1986, pág.14), afirmando que elas dependem de múltiplos factores, sintetiza-as numa matriz que engloba o “registo duplo, rejeição, protecção, indiferença, conflito (consciente ou inconsciente), perturbação ou processo patológico”.

Objectivamente, a atitude da família é um dos factores que interfere com a determinação do internamento hospitalar, o prolongamento da vida institucional e a aceitação do paciente fora do hospital (Arranz, 1989).

Outra possibilidade, quando a integração na família de origem não é possível, pela sua inexistência, pela ruptura de laços afectivos ou por essa integração se constituir como uma contra-indicação ao processo de reabilitação, é o recurso a famílias de acolhimento. Regulamentada em Portugal desde 1991 (Dec. Lei nº391/91 de 10 de Outubro) e actualizado em 1999 (pelo despacho conjunto n.º727/99 de 5 de Junho) não se trata, contrariamente a outros países da Europa, de um recurso muito utilizado, quer em termos de integração temporária quer em termos de longo prazo. De qualquer forma, pensamos

tratar-se de uma solução que apresenta algumas potencialidades, por ser económica (comparativamente com outras), flexível e estar integrada na comunidade.

Por outro lado estão ainda disponíveis determinados recursos, que não sendo específicos para pessoas com problemas de saúde mental podem por estes ser utilizados. Falamos de subsídios e facilidades desenvolvidas pelo Estado dirigidos a populações especiais, ligados à habitação social, aos apoios ao arrendamento e programas de recuperação do património habitacional que estão em curso através das câmaras e das juntas de freguesia. Existem ainda determinadas iniciativas do sector privado relacionadas com o movimento cooperativo na habitação ou outras iniciativas implementadas pelas associações de senhorios ou de inquilinos, com as quais as instituições de reabilitação e inserção social do doente mental devem ter relações privilegiadas.

A grande vantagem destas medidas generalistas é possibilitarem através de respostas naturais já existentes, a integração plena das pessoas com doença mental, completamente independentes das outras estruturas sociais acima referenciadas ou até das suas próprias famílias. Trata-se do objectivo máximo de qualquer programa de reabilitação e inserção social, ou seja, a autonomia no máximo da sua plenitude.

Por outro lado, é importante referenciar que muitas destas pessoas, que partem de situações de clara desvantagem económica, não apresentam o mínimo de recursos que lhes possibilite o acesso a este tipo de programas e que muitas destas medidas têm incorporados alguns critérios que acabam por excluir estas pessoas, pelas especificidades que apresentam. É o caso das medidas de arrendamento (Dec. Lei. 162/92 de 5 de Agosto) que se destinam apenas a pessoas com menos de trinta anos e que apresentam uma prática efectiva de exercício profissional superior a cinco anos.

Na nossa prática clínica temos observado não raras vezes a opção institucional de integrar algumas pessoas que se encontram a residir no hospital psiquiátrico em lares de idosos e lares residenciais dirigidos a deficientes profundos. Trata-se objectivamente de desinstitucionalizar pessoas que ocupam camas que podem ser dirigidas para doentes agudos, que ficam caras ao orçamento hospitalar, que conotam as instituições com os asilos de outrora, para as institucionalizar em locais que nada lhes dizem, onde não conhecem ninguém, e que em nada melhora a sua qualidade de vida e nível de

funcionalidade. Tal opção, justificada com frequência pela impossibilidade de integrar estes crónicos nos outros recursos por nós já identificadas (família, estruturas comunitárias) leva-nos a questionar quais os critérios utilizados, pelos técnicos e pelas instituições, na selecção de tais opções e a reforçar a ideia, por alguns defendida, que o hospital psiquiátrico, mesmo o actual, nunca é tido como opção digna para estas pessoas que o sistema criou residirem ou será pelos menos a última quando todas as outras não se efectivam.

Para finalizar este capítulo em que passamos em apontamento necessariamente muito breve, os conhecimentos sobre esquizofrenia e qualidade de vida recorreremos a uma frase do professor Fernandes da Fonseca (Prefácio de Jenner et al., 1992) : "a doença e o comportamento esquizofrénico constitui ainda hoje um mundo subjectivo em relação ao qual muito teremos que desvendar. Trata-se, na realidade de um conteúdo humano e de um contexto relacional em relação aos quais bem se poderá aplicar a afirmação de Karl Popper: é um mundo em que 'somos muito diferentes naquilo que sabemos e rigorosamente iguais na nossa imensa ignorância'".

Tendo nesta primeira parte do nosso trabalho analisado e caracterizado alguns aspectos que consideramos fundamentais no sentido de efectuarmos a ruptura com o senso comum e aprofundarmos e sistematizarmos os nossos conhecimento em relação ao fenómeno em estudo, iremos na segunda parte descrever o estudo empírico que desenvolvemos no qual procuramos analisar a relação entre a inserção social das pessoas com doença mental e a sua qualidade e satisfação face à vida.

## **II PARTE**

### **Qualidade de vida, contextos de inserção e esquizofrenia**

## **Cap. 4**

### **Metodologia**

## **4. Introdução**

Nesta parte do trabalho iremos clarificar algumas das questões relacionadas com nosso objecto de estudo, por forma a melhor fundamentarmos a hipótese formulada e identificar e justificar a metodologia que utilizamos para abordar esta problemática. Caracterizaremos também sucintamente as várias instituições que colaboraram connosco e que constituem o nosso campo de análise, quais os critérios e técnicas utilizadas na constituição da nossa amostra e finalmente descreveremos alguns dos procedimentos realizados, em particular, os que se relacionaram com o tratamento e análise da informação empírica recolhida.

### **4.1. Definição da Hipótese**

A delimitação teórica do nosso objecto de estudo não é algo que tivéssemos construído, definitivamente, num dado momento. Ela é o produto de uma elaboração e (re)elaboração constante, resultado das diferentes fases da pesquisa. Sobretudo foi sofrendo adaptações e reajustes à medida que aumentávamos o nosso conhecimento e reflectíamos, ora com a nossa consciência, ora com interlocutores privilegiados.

Assim, o objecto da nossa pesquisa incide na Psiquiatria Comunitária que tem orientado o discurso legal sobre a problemática da doença mental em Portugal, tendo como objectivo analisar a relação entre a inserção social das pessoas com doença mental e a sua qualidade e satisfação face à vida.

Como vimos no primeiro capítulo, a «Nau dos Loucos» tomou várias formas ao longo da história, consoante as culturas e as determinantes político-económicas vigentes em cada época. Em todas as alturas e em todas as sociedades o louco, sozinho, estigmatizado, navegou por águas incertas e tumultuosas. Adequado a cada momento o seu ajustamento e integração plena no meio sempre foi uma batalha difícil (para não dizermos impossível) para figura tão vulnerável. Que qualidade e satisfação de vida terá tido o louco da Idade Média ou mesmo o do Renascimento? Ou o enfermo da era de Pinel, ou ainda que qualidade de vida tem o doente mental da pós-modernidade, da nossa época,



onde sabemos coexistirem um conjunto de práticas e representações sociais resultantes de uma amalgama de património adquirido ao longo de cada uma destas épocas e também das especificidades próprias de uma sociedade capitalista. Centremo-nos então neste último período e no que se refere à sociedade portuguesa.

Conforme analisamos no segundo capítulo da primeira parte, o que se retira das orientações políticas seguidas em Portugal desde 1963 é que, apesar da tónica da intervenção a nível da doença mental aparecer, em última análise, na comunidade, em termos de práticas ela efectiva-se, quase exclusivamente, centrada no Hospital Psiquiátrico.

Na Psiquiatria, como no social em geral, as formas de intervenção do Estado português através das políticas sociais, tem-se caracterizado “por retóricas avançadas e práticas sociais retrógradas” (Santos, 1990, pág.126).

Apesar dos textos legais recomendarem a integração comunitária e a não institucionalização nos hospitais especializados, na realidade a resposta assistencial portuguesa tem-se baseado num sistema não integrado assente na institucionalização nos grandes hospitais paralelamente com cuidados ambulatoriais descentralizados. Actualmente, a título de exemplo, num dos grandes Hospitais Psiquiátricos podemos encontrar 251 residentes, e muitos deles vivem lá há mais de 50 anos. “No que respeita aos serviços comunitários, nestes últimos trinta anos (durante os quais a tendência para a não-institucionalização de novos pacientes teve lugar juntamente com a manutenção de doentes crónicos de evolução prolongada que permaneciam nos hospitais), os Governos não se preocuparam em criar serviços comunitários.” (Silva e Alves, 1998, pág.3). A criação de Serviços específicos para pessoas com doença mental nunca foi iniciativa nem função da Segurança Social. Enquanto doentes, “pertencem” à política da saúde. Do ponto de vista da sociedade civil, além das organizações não governamentais católicas, não existe tradição de intervenção social nas necessidades da saúde. A responsabilidade social e cidadania activa, a incorporação dos direitos sociais e cívicos não foi estimulada (ao contrário) sob um governo autoritário que permaneceu no poder até 1974. Mais recentemente, as associações de voluntários, celebrando contratos com os governos, prestam os serviços que eles próprios decidem por não haver nenhuma planificação nem

das necessidades nem do tipo de serviços necessários para lhes responder (Silva e Alves, 1998).

A sociedade civil secundária (Santos, 1990) tem corporizado algumas responsabilidades sociais, nomeadamente pela organização de equipamentos sociais que respondem de forma muito incipiente às necessidades identificadas como lacunas da política social. Mas, no que respeita à população psiquiátrica estes equipamentos só muito recentemente começaram a surgir.

O final do século XX desenvolveu uma concepção de Psiquiatria como resultante da colaboração entre profissionais, familiares e comunidade com o objectivo da inserção social do doente. A visão médica-psiquiátrica sobre a doença mental (bem como a visão jurídica que, melhor ainda que a Medicina, traduz as preocupações dominantes na sociedade) prossegue um esforço de intensificação de cuidados especializados de controle destas pessoas “diferentes”; a visão terapêutica-social procura integrá-las em condições de vida aparentemente semelhantes, em todos os domínios de vida, às pessoas mais vulgares; a comunidade local, particularmente as famílias, preocupa-se em protegê-las dos riscos e ajudá-las a viver com as suas dificuldades” (Silva e Alves, 1997, pág.241).

A lei actual de saúde mental e alguns decretos que a regulamentam, prevêem a criação de várias estruturas comunitárias, através do estabelecimento de parcerias entre o Ministério da Saúde, da Segurança Social e as Instituições de Solidariedade Social. Assim, mais uma vez o Estado, continua a privilegiar a mobilização da sociedade civil para implementar este tipo de medidas através da regulamentação de estruturas comunitárias, como sejam as unidades de vida apoiada, protegida e autónoma, fóruns ocupacionais, e selecciona a população psiquiátrica como um dos alvos das medidas destinadas à criação de emprego, através do mercado social de emprego (empresas de inserção), sem no entanto assumir ele próprio essa responsabilidade social. Da análise e caracterização da resposta assistencial actual, que efectuamos no ponto dois do capítulo dois da primeira parte, é notória a insuficiência de estruturas comunitárias e o evidente predomínio dos hospitais psiquiátricos na prestação de cuidados (apesar dos esforços actuais para se alterar a situação, criando-se os Serviços Locais de Saúde) e das famílias como principal recurso integrador. Atendendo ao numero de doentes que se encontram a residir nos

hospitais ou nas estruturas comunitárias percebemos que se trata de uma minoria em relação ao universo de doentes mentais em Portugal. Neste contexto podemos deduzir que se encontram na sua maioria na família.

De qualquer forma, todas as políticas de saúde, e as de saúde mental em particular, têm como objectivo central a melhoria da qualidade de vida dos seus destinatários, isto é, que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e se sintam socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger, 1993). A avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos como a terceira dimensão a ser avaliada, juntamente com a eficácia da intervenção e da segurança ou contra-indicações da terapêutica (Bech, 1995). Se para Gill e Feinstein (1994) o conceito de qualidade de vida está ligado ao impacto do estado de saúde dos indivíduos portadores de doença mental sobre a capacidade de viverem de forma plena, Bullinger em 1993, considera que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções clínicas.

Torna-se portanto relevante, numa altura em que a nova lei de saúde mental e os decretos que a regulamentam já entraram em vigor há cerca de três anos (enfatizando mais uma vez as estruturas comunitárias como principal equipamento terapêutico de promoção da inserção social das pessoas com doença mental), recolher alguns indicadores que nos permitam caracterizar a qualidade de vida das pessoas com doença mental, nomeadamente aqueles que apresentam um diagnóstico de esquizofrenia e estão numa fase crónica da doença, em particular se ela varia em função do contexto onde se encontram integrados os utentes, isto é, em hospital psiquiátrico, nas estruturas comunitárias ou ainda nas famílias de origem.

Assim é para nós relevante a análise da qualidade de vida e satisfação face á vida das pessoas com problemas de saúde mental em função do meio onde estão inseridas. Será que as pessoas que vivem em hospitais psiquiátricos ou estão integradas socialmente em estruturas comunitárias ou nas famílias apresentam níveis de autonomia, expectativas, satisfação e qualidade de vida diferentes? Será que desinstitucionalizar pessoas que

apresentam práticas e rotinas de décadas de vivência exclusiva em contexto hospitalar não será mais «desestruturante» para essas pessoas? Será que as pessoas que passam por um processo de reabilitação/habilitação sentem alterações na sua qualidade de vida e ficam mais autónomas ou serão estas expectativas e anseios mais dos próprios técnicos e dos políticos do que dos próprios doentes? É hoje claramente assumido que fica mais barato manter estas pessoas integradas na família ou em pequenas estruturas em vez de nos grandes hospitais psiquiátricos. No relatório de gestão de 2000 do Hospital do Conde Ferreira são apontadas as justificações políticas do encerramento desta estrutura hospitalar e respectiva devolução da gestão à Santa Casa da Misericórdia do Porto, em conformidade com as novas linhas orientadoras da política de saúde mental: “Por um lado, pretende-se descentralizar o tratamento dos doentes agudos, criando serviços ou departamentos de saúde mental em hospitais distritais (...) Por outro, a manutenção do hospital apenas com os chamados residentes(...) comportava custos de exploração muito elevados (Relatório de Gestão do Hospital do Conde Ferreira, 2000). São assim apontadas razões económicas mas nunca clínicas e de promoção da qualidade de vida daqueles que lá residem. Será por outro lado, que o facto de passarem a residir na dita comunidade (estruturas comunitárias, famílias de acolhimento, famílias de origem, donde o hospital psiquiátrico é excluído) é sentido por estes doentes como integrador e pelas populações receptoras como parte integrada, combatendo-se assim o estigma e a segregação?

Vários estudos tem sido desenvolvidos neste campo. Sendo o estigma definido por Goffman (1982) como um atributo que torna a pessoa diferente dos outros ou uma reacção social que, espaço-temporalmente situada, isola certos atributos, classificando-os como indesejáveis desvalorizando deste modo as pessoas que os possuem, deteriorando a própria identidade, será que os indivíduos que viveram décadas dentro dos hospitais psiquiátricos, para além de tudo o resto, conseguem de facto inserir-se ou sentem-se estigmatizados e à margem da máquina social? Será que isso tem efeito na qualidade de vida deles e na funcionalidade? E em relação aos doentes crónicos que estão integrados nas famílias, e que usualmente frequentam os hospitais psiquiátricos em regime de ambulatório (situação que só lhes reforça o rótulo ou papel social de doente mental) estarão estes mais expostos à pressão social? E essa integração familiar será sinónimo de melhor qualidade de vida e funcionalidade? Existem várias teorias que nos falam da

disfuncionalidade do sistema familiar como factor precipitador ou intensificador da patologia esquizofrénica ou ainda da generalização do estigma à família, com todas as repercussões que tal situação acarreta. Miles (1981) fez um levantamento de estudos científicos sobre o que designou por “imagem pública da doença e do doente mental” e pôde constatar que “as pesquisas têm demonstrado, sistematicamente, que as pessoas valorizam negativamente a doença mental, rejeitam e discriminam os pacientes mentais e baseiam suas concepções em estérotipos tradicionais” (Miles, 1981, 62). Segundo a autora, pode-se detectar uma espécie de acordo ou consenso relativo no que representa e desencadeia nos “outros”: medo, rejeição de alguém que se espera perigoso, imprevisível e cujos comportamentos são inexplicáveis.

Nestes estudos (efectuados nas décadas de 60, 70 e 80) as características atribuídas com mais frequência ao doente mental são as seguintes: “presume-se que ele seja facilmente identificável, potencialmente perigoso e muito imprevisível”. Acredita-se que a doença mental seja causada, pelo menos em parte, “por falhas no carácter, sendo os seus efeitos percebidos com pessimismo” (Miles, 1981, pág.63). No entanto, estudos mais recentes, desenvolvidos por Phelan (2000) e que efectuaram uma análise comparativa entre a imagem social do doente mental em 1950 e em 1996 apontam para algumas mudanças da imagem pública da doença mental e do doente mental.

Outros estudos têm-se centrado em factores respeitantes ao próprio paciente como o número de reingressos, presença de sintomatologia activa, funcionamento social e factores que derivam das circunstâncias de instalação na comunidade, como os aspectos familiares e económicos. Desde os anos 80 que a tendência é a de proceder cada vez mais à avaliação da qualidade de vida do doente na comunidade, dando cada vez menos importância aos aspectos clínicos e psicopatológicos (Okin et al., 1983).

Os estudos comparativos da sintomatologia no caso dos internados nos hospitais e dos que vivem na comunidade tentam perceber se a permanência na comunidade melhora ou piora a sintomatologia clínica.

Langsley (1971) concluiu que os doentes tratados em regime de ambulatório e portanto integrados na comunidade, quer em estruturas comunitárias, quer nas famílias de origem, apresentam um melhor ajustamento à doença, com menor risco de

descompensação e de hospitalização. Uma outra consideração importante resultante destes estudos e também referenciado por outros autores (Carrasco, 1969 ; Reverzy et al., 1980 ; Okim et al., 1983 ; todos in Castro, 1987) é a necessidade de se estruturar correctamente os serviços comunitários, por forma a que estes não se transformem em novas fontes de institucionalização, e não se institucionalize na comunidade as pessoas que já estavam institucionalizadas nos grandes hospitais psiquiátricos, ou não se institucionalize nestas pequenas estruturas, estas pessoas que estão teoricamente integradas e que nunca passaram pelos hospitais especializados.

Harding et al. (1987), num outro estudo longitudinal, nos EUA, com 269 doentes a quem tinha sido dada alta do Hospital de Vermont nos anos 50, chegam à conclusão que ao fim de 10 anos, 70% dos pacientes permaneciam fora do Hospital, apesar de alguns deles estarem socialmente isolados e alguns terem tido recaídas. Depois de 20 a 25 anos, aproximadamente, 50% experimentaram melhorias consideráveis. Os autores comparam ainda este estudo com outros feitos pelo país em que, somadas todas, as amostras, avaliaram um total de 1300 doentes duas ou três décadas depois de lhes ter sido dado alta. Verificaram que mais de metade tinha melhorado. Consideram assim que, contrariamente à esperada progressão para a deterioração mental, tanto na esquizofrenia como nas outras formas graves de psicose, os sintomas podem ser melhorados e restabelecer-se o funcionamento do doente na comunidade.

No entanto, em alguns países europeus desenvolveram-se estudos no âmbito da psicologia social, em particular os que foram realizados por Jodelet (1995) em Aine-le-Chateau (França) relacionados com a colocação em 439 famílias adoptivas de 1195 pessoas com doença mental que viviam em hospital psiquiátrico. Nesta pesquisa concluiu-se que, apesar de efectivamente estes doentes terem sido integrados na comunidade, o estigma social persistiu, não se desenvolveram paralelamente programas de reabilitação psicossocial e portanto de inserção na vida social e que por conseguinte que a despersonalização e falta de privacidade se manteve. No dizer desta autora tratou-se de uma integração excludente porque não se incluíram estas pessoas na vida quotidiana da comunidade, ou seja tratou-se de uma transferência que, deste ponto de vista, em nada melhorou a vida destas pessoas com doença mental.

Essa é precisamente a hipótese para que a nossa pesquisa procurará confirmação. Ou seja, pode colocar-se a hipótese de que **“a integração comunitária de pessoas com psicose esquizofrénica, enquadrada na filosofia da política de saúde mental em Portugal, (embora ainda com pouca implementação efectiva de estruturas comunitárias, o que empurra as famílias para o principal suporte de inserção social) promove a melhoria da qualidade de vida e satisfação face à vida.”**

Esta hipótese permitiu-nos enunciar 3 níveis de análise complementares:

- Análise das redes formais de política social de apoio a estes doentes através da análise da legislação e da identificação das estruturas extra-hospitalares (comunitárias), existentes para implementar a inserção (reabilitação/reinserção) das pessoas com uma doença mental, (nomeadamente os que têm um diagnóstico de psicose esquizofrénica);
- Análise comparativa da qualidade de vida, satisfação face á vida e nível de autonomia funcional de pessoas que apresentam um diagnóstico de esquizofrenia, em função do meio onde estão inseridas: Hospital Psiquiátrico, Estruturas Residenciais Comunitárias ou Família.
- Análise comparativa da qualidade de vida, satisfação face à vida e nível de autonomia funcional de pessoas com psicose esquizofrénica, antes e após um processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico para uma unidade de vida protegida. Apesar de termos efectuado a selecção e avaliação de seis pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que deixariam de residir no Hospital de Magalhães Lemos para passar a integrar a Unidade De Vida Protegida, que foi constituída resultante de uma parceria entre a Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos, Segurança Social e o próprio Hospital de Magalhães Lemos, tal não veio a ocorrer devido ao facto da residência, embora já construída, não ter sido equipada dentro dos prazos definidos, o que viria a inviabilizar quer a implementação do programa de treino quer a recolha de dados após seis meses de integração, conforme tínhamos já previsto. Assim, centraremos a

nossa pesquisa apenas em função dos outros dois níveis de análise.

Neste contexto, em função do nosso objecto de estudo e da hipótese que acabamos de enunciar, iremos no ponto seguinte caracterizar a metodologia que utilizaremos para abordar esta problemática.

## **4.2. Instrumento de Pesquisa**

A selecção dos métodos e das técnicas obedeceu aos imperativos colocados pelo tipo de informação que necessitávamos recolher.

Na primeira parte deste estudo que se pretende observacional, descritivo e transversal foram mobilizados os instrumentos que nos permitissem proceder à ruptura metodológica com o senso comum. O nosso propósito foi o de romper com as evidências do saber corrente, que nos tiram por vezes clarividência e nos impregnam a crítica e aumentar o nosso conhecimento em relação ao fenómeno em estudo. Para isso, utilizando a recolha bibliográfica e a análise documental, munindo-nos da lupa arqueológica no sentido de elaborarmos um referencial teórico que permitisse a problematização das concepções e alterações epistemológicas da “loucura”, “esquizofrenia” e “qualidade de vida” .

Na análise da evolução da Política de Saúde Mental Portuguesa e da sua relação com a promoção da qualidade de vida, grau de satisfação e funcionalidade das pessoas com um diagnóstico de psicose esquizofrénica em fase crónica da doença, utilizámos a “relação e a relativização” (Silva e Pinto, 1986). A operacionalização destes instrumentos metodológicos (relativização e relação) permitiram-nos proceder à ruptura e à construção do nosso objecto de estudo, bem como dos instrumentos para recolha de informação empírica a fim de validarmos a nossa hipótese (Bachelard in Silva e Pinto, 1987; Quiwy, et al., 1992).

A opção por um método de tipo quantitativo, através da realização de um inquérito por questionário de administração indirecta, com perguntas exclusivamente fechadas, pareceu-nos ser o mais adequado para proceder à observação e recolha de informação empírica sobre o nosso objecto de estudo.



López (1996), docente da área de Medicina preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Oviedo, fala de instrumentos genéricos e específicos para analisar a qualidade de vida. Em relação aos primeiros refere que estão desenhados para serem usados para populações muito heterogéneas e que são utilizados fundamentalmente para avaliar as mudanças ocorridas na qualidade de vida em função de uma terapêutica muito genérica ou em função de medidas de saúde pública. Considera como maior inconveniente a pouca capacidade para se pesquisar respostas mais adequadas para um determinada doença específica ou tratamento concreto. Em relação aos instrumentos específicos, refere tratarem-se de instrumentos dirigidos para grupos de doentes com determinadas especificidades (por ex. mesmo sintoma, fase da doença) e que se destinam a medir situações clínicas relevantes e particulares. Considera-os mais adaptados à população em estudo, já que visa aspectos que lhes dizem respeito. Apresentam portanto, uma melhor capacidade de resposta, embora tendo o inconveniente de inviabilizar análises comparativas de resultados com outros grupos ao qual esse tipo de questionário não poderia ser aplicado. Assim, a sugestão de López é para que o instrumento a utilizar para avaliar a qualidade de vida possa conter aspectos generalistas e aspectos mais específicos, por forma a se eliminarem os inconvenientes de uns e de outros.

Neste contexto procuramos na literatura um instrumento que nos possibilitasse avaliar a qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia, em fase já evoluída da doença. Pelas descrições referenciadas por Marcolin (1998), a Escala de Qualidade de Vida de Heinrichs et al.(1984) parecia-nos a opção mais adequada. No entanto não nos foi possível ter acesso a essa escala, apesar de vários contactos via correio electrónico, telefónicos e pessoais (por interpostas pessoas) que efectuamos. A opção pela construção de um instrumento de análise é justificado assim pelo facto de não termos conhecimento de um outro instrumento específico para a população sobre a qual esta pesquisa incide e adaptado para a cultura portuguesa, que nos possibilitasse estudar a nossa problemática em toda a sua plenitude.

Por conseguinte, sendo o nosso estudo apenas de natureza exploratória, tendo como base alguns instrumentos generalistas e específicos referenciados na literatura a que

tivemos acesso (instrumento de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL; Wisconsin Quality of Life Index –W-QLI; Medida de Satisfação Face à Vida do S.I.E.P.P.; Escala da Qualidade de vida do S.I.E.P.P.; Guia de Auto-Avaliação do S.I.E.P.P.; Escala de Qualidade de Vida de Heinrichs – descritos no artigo de Marcolin (1998) ; Questionário sobre Avaliação de Qualidade de Vida – CDV- T40) criamos o nosso instrumento tendo como referência a metodologia de construção de inquéritos definidas por autores como Mucchielli (1979), Pires de Lima (1995), Cervo e Bervian (1996), Foddy (1996), Albarello et al. (1997), Bell (1997), Ghiglione e Matalon (1997), Quivy e Campenhoudt (1998) e Ribeiro (1999).

Pensamos que o questionário por nós construído, que a seguir iremos caracterizar, cumpre critérios de adequabilidade (o questionário avalia e permite-nos concluir qual a percepção subjectiva em termos da qualidade, satisfação de vida e nível de funcionalidade da população em estudo, em função do meio onde estão inseridos); interpretabilidade (garante que a informação recolhida é interpretada da mesma maneira por diferentes indivíduos); aceitabilidade (bem recebido, sem desconfianças, por parte dos respondentes) e obviamente de utilidade para a nossa pesquisa (Ribeiro, 1999).

Como vimos no quadro teórico, embora existam diferentes perspectivas sobre o conceito “qualidade de vida”, parece haver alguma unanimidade em considerá-lo um construto subjectivo (percepção individual de cada sujeito) multidimensional e composto por dimensões positivas (por ex. mobilidade) e negativas (por ex. dor) (WHOQOL GROUP, 1994 ; López,1996). Estes três aspectos também foram por nós levados em linha de conta, não só privilegiando exclusivamente, como fonte de recolha de informação, numa base fenomenológica, a percepção subjectiva de cada pessoa com esquizofrenia sobre a sua própria qualidade de vida, em detrimento de outras possíveis, mas também pela inclusão na estrutura do nosso questionário desta multidimensionalidade referida. Assim o nosso questionário integra na sua estrutura os domínios físico, psíquico e social (caracterização bio-psico-social), grau de satisfação face à vida e nível de funcionalidade ou autonomia.

O nosso instrumento de avaliação é então constituído por uma primeira página onde referenciamos formalmente o objectivo da pesquisa, (que deve ser explicado aos

utentes) e algumas instruções gerais que deverão ser levadas em linha de conta pelos vários entrevistadores no sentido de cumprir o tal critério de aceitabilidade dos entrevistados ao estudo e facilitar o processo de aplicação do questionário. Referimo-nos à importância de se assegurar a confidencialidade da informação, do anonimato dos entrevistados e da veracidade das respostas. Fazemos também alusão a necessidade dos sujeitos se cingirem apenas ao que sentiram, referente a cada parâmetro de avaliação, no último mês.

Na segunda folha do questionário procuramos recolher dados que nos permitam caracterizar a nossa amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, condição perante o trabalho, categoria social referente à última profissão que exerceu ou exerce e data do primeiro e último internamento em Psiquiatria. Será interessante verificarmos se existem variações em função do local onde estão inseridas estas pessoas com problemas de saúde mental, quanto ao estado civil, escolaridade e condição perante o trabalho, uma vez que estas variáveis se assumem como indicadores quanto à efectiva integração em cada um dos contextos definidos. As datas do primeiro e último internamento possibilitarão caracterizar a nossa população relativamente ao tempo que são seguidos em Psiquiatria.

Relativamente aos domínios que pretendemos analisar, este questionário é constituído por uma primeira parte que denominamos de caracterização bio-psico-social e que integra o domínio físico, psíquico e social. O domínio físico é constituído por nove itens de avaliação. Procurou-se caracterizar a forma como cada indivíduo se sentiu, no último mês, relativamente ao padrão de sono e apetite, à presença de alguns sintomas, como dores ou problemas físicos em geral, dores de cabeça, de barriga, tremores, fadiga, perdas de consciência (desmaios) e ainda relativamente aos hábitos de consumo de medicamentos sem prescrição médica. O domínio psíquico ou psicológico integra 32 itens de avaliação e procura analisar a percepção de cada pessoa inquirida relativamente à auto-confiança, auto-conceito, auto-estima, auto-imagem, organização do pensamento quanto ao conteúdo e à forma, ao seu estado de humor, funções cognitivas e forma como percebe as outras pessoas. O domínio social é constituído por 15 itens e tem como objectivo analisar a inserção social do indivíduo, através da caracterização do seu

enquadramento na rede social (frequência e natureza de contactos com a família, com os amigos e outros) e da sua participação ao nível das actividades de lazer, profissionais e tarefas domésticas.

Na construção desta primeira parte baseamo-nos essencialmente no instrumento de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL; Wisconsin- Quality of Life Index –W-QLI; Questionário sobre Avaliação de Qualidade de Vida – CDV- T40; Escala da Qualidade de vida do Sistema Informatizado de Avaliação de Programas Psicossociais (S.I.E.P.P.); Guia de Auto-Avaliação do S.I.E.P.P.; Escala de Qualidade de Vida de Heinrichs).

Na segunda parte do questionário pretendemos, a partir da análise de quinze itens, estabelecer o grau de satisfação das pessoas com problemas de saúde mental relativamente às comodidades e local onde vivem, à alimentação que fazem, ao vestuário que usam, à forma como organizam o seu dia-a-dia, à sua situação financeira, à sua vida sentimental, à relação com a sua família e pessoas com quem vivem e finalmente relativamente ao seu estado de saúde e apoio clínico. Recorremos, na construção desta parte, essencialmente à “Medida de Satisfação Face à Vida do S.I.E.P.P” e ao “instrumento de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL”.

A terceira e última parte do nosso instrumento é constituída por trinta itens, que procurarão verificar da existência de um padrão de nível de funcionalidade e por conseguinte de autonomia de base (alimentação, cuidados pessoais, arranjo pessoal), residencial (saúde e segurança, organização da casa) e comunitária (utilização de recursos comunitários, deslocações relação com o trabalho), destas pessoas com psicose esquizofrénica em função do contexto onde estão inseridas. Nesta última parte inspiramo-nos apenas no instrumento de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL.

Inicialmente obtivemos uma versão provisória do questionário. Após a sua aplicação a três pessoas com o diagnóstico de psicose esquizofrénica, (uma integrada na família, outra numa residência e outra ainda no hospital) e efectuadas algumas alterações relacionadas com perguntas mal formuladas (linguagem pouco perceptível que originava várias interpretações, questões que perguntavam várias coisas e portanto enviesavam a interpretação da resposta) obtivemos a sua versão final.

Embora não tenhamos efectuado o processo de validação do questionário,

conforme é referenciado na literatura, tivemos também a preocupação de no processo de construção do nosso instrumento introduzir critérios de fidelidade e a validade. Em termos da fidelidade utilizamos a técnica do teste-reteste (que não apresentou alterações significativas) e a técnica de fidelidade do cotador (onde se obteve uma concordância muito próxima dos resultados, quando o questionário foi aplicado por dois cotadores diferentes (Ribeiro, 1999). O recurso a esta técnica justificava-se também pelo facto do questionário ter sido aplicado por mais que uma pessoa, embora treinadas para o efeito e com a mesma formação académica e experiência na área da Psiquiatria, no sentido de se evitar erros de aplicação. Em termos da validade procuramos centrar a nossa atenção na validade de conteúdo, procurando a opinião de vários especialistas para o que cada item avalia, em particular para a selecção dos itens que deveriam integrar cada domínio (físico, psicológico e social), conforme vimos anteriormente. A validade do construto deste questionário está também assegurada uma vez que este questionário é inspirado noutros instrumentos de avaliação da qualidade de vida (Anastasi, 1990 in Ribeiro, 1999).

Finalmente, importa referir que cada item pertencente aos vários domínios do questionário (apresentado em anexo) é avaliado por meio de medidas ordinais, constituída por cinco categorias.

Tendo definido a metodologia utilizada para analisarmos das diferenças em termos da qualidade de vida, satisfação face à vida e nível de funcionalidade em pessoas com esquizofrenia em função dos contextos de residência: famílias, estruturas comunitárias ou instituição tipo hospitalar especializada em psiquiatria, iremos no ponto de seguinte caracterizar os nossos campos de análise, isto é, as instituições que connosco colaboraram, possibilitando a implementação deste estudo.

#### **4.3. O Campo de Análise**

A margem de manobra que possuímos para a definição do nosso campo de análise foi muito condicionado pelos prazos estipulados para a pesquisa e pela escassez de recursos. Como trabalhamos num Hospital Psiquiátrico optamos inicialmente por desenvolver a nossa pesquisa a partir dessa instituição. Pelos prazos estipulados para a pesquisa e pela escassez de recursos parece-nos evidente as vantagens de tal opção. De

qualquer forma e porque tal opção limitava o nosso estudo, recorreremos a outras organizações, no sentido de viabilizar a recolha de informação relacionada com os utentes que se encontram integrados em estruturas comunitárias, uma vez que o Hospital de Magalhães Lemos não dispõe, no momento, desses recursos. Assim, a nossa escolha recaiu sobre as Ordens Religiosas, Casa de Saúde do Telhal, Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde do Bom Jesus, pioneiras em Portugal da implementação de programas de inserção social de pessoas com doença mental em estruturas comunitárias.

Por outro lado, após termos analisado que o número de utentes que se encontram a residir no internamento do Hospital de Magalhães Lemos, que cumprem os requisitos por nós definidos para integrarem a nossa amostra ( referidos na parte em que caracterizamos o processo de construção da amostra), era muito reduzido (oito utentes), situação que iria desequilibrar a nossa amostra, por comparação com o número de utentes seleccionados a residir nas famílias e nas estruturas comunitárias (34 e 32 respectivamente), optamos por recorrer a outra instituição onde residissem, em contexto de internamento, pessoas com esquizofrenia, em estado evolutivo da doença. Por questões de acessibilidade e de tempo optamos por triar esses elementos a partir daqueles que se encontram a residir no internamento do Hospital Conde Ferreira. A nossa escolha foi reforçada também por se tratar de uma das estruturas que, carregando o peso histórico do «enclausuramento asilar», representa a saúde mental e portanto as políticas de saúde mental, do ponto de vista hospitalocêntrico. Este peso histórico da sua função e significado social justifica que seja hoje um dos hospitais psiquiátricos que possui cerca de trezentos residentes (crónicos de evolução prolongada) que aí vivem há muitos anos, muitos deles há mais de cinquenta anos. Sabendo que, no contexto da nova política de saúde mental, está previsto o seu desmantelamento e portanto a necessidade de pensar em soluções comunitárias, tivemos oportunidade de recolher dados que nos permitam caracterizar a qualidade de vida dos seus residentes, como se de um observatório social se tratasse. Pensamos que quer por apresentarmos já um campo de análise diversificado, constituído por várias instituições tal opção não produziria nenhum tipo de erro ou inconveniente na nossa pesquisa.

Assim as Instituições que iremos a seguir caracterizar e que constituem o nosso campo de análise, a partir das quais seleccionamos os utentes que participaram no nosso

estudo são o Hospital de Magalhães Lemos para a sub-amostra de utentes que se encontram a residir nas famílias e que são seguidas em regime de ambulatório; a Casa de Saúde do Telhal, a Casa de Saúde da Idanha e a Casa de Saúde do Bom Jesus para a sub-amostra dos que estão integrados em estruturas comunitárias; e o Hospital de Magalhães Lemos e o Hospital Conde Ferreira para os utentes que se encontram a residir dentro de uma instituição hospitalar psiquiátrica, em regime de internamento.

Caracterizemos então, de forma sucinta, cada uma destas estruturas que constituem o nosso campo de análise.

#### **4.3.1. Hospital de Magalhães Lemos**

O Hospital de Magalhães Lemos, situado na freguesia de Aldoar, do concelho do Porto, ocupa uma área de 120 000 m<sup>2</sup>. Presta assistência a uma população próxima dos 500 000 habitantes que se distribui por três concelhos: Matosinhos (com as freguesias de Lavra, Custóias, Guifões, Leça do Balio, Leça da Palmeira, Perafita, Santa Cruz do Bispo e Senhora da Hora); Póvoa de Varzim e Vila do Conde (todas as suas freguesias dos dois concelhos) e Porto Ocidental (com as freguesias de Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Douro, Massarelos, Nevogilde e Ramalde).

Este Hospital, que na sua curta história já foi denominado por outras formas, foi criado pelo Decreto Lei nº39306 de 10.08.53. Foi inaugurado parcialmente em 1962 e só em 1976 se inicia o seu funcionamento pleno com a transferência de doentes do Hospital Conde Ferreira. Podemos considerá-lo um caso paradigmático pelo facto da sua criação ter sido proposta na época em que a tónica da assistência psiquiátrica era asilar e portanto de ter aberto uma parte do internamento, incorporando esta filosofia, ou seja, antes da saída da Lei de Saúde Mental de 1963, e nos anos 70 se ter afirmado com uma filosofia de sector que incorporava já os avanços da moderna psiquiatria europeia. Por atravessar a história da assistência, incorpora na sua estrutura características que o tornam, de alguma forma, representativo no sentido sociológico de “significativo”, das estruturas de assistência psiquiátrica actuais existentes em Portugal.

Acompanhando a evolução dos cuidados de Saúde Mental, este Hospital estrutura-se, nos anos 70, por forma a implementar a filosofia da sectorização e da intervenção

comunitária passando a designar-se nesse período (1976) por Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto. Com a extinção dos Centros de Saúde Mental em 1992, novamente assumiu a primeira denominação passando a Hospital Central especializado de Psiquiatria.

Tem lotação para 144 pessoas (144 camas de internamento), número que tem vindo a diminuir em termos de utilização pela psiquiatria (pavilhões cedidos a outros serviços de saúde e, mais recentemente, criação de serviços novos no Hospital) no contexto do trabalho de desinstitucionalização e do modelo de Psiquiatria Comunitária. O Hospital está dividido em pavilhões segundo uma lógica geográfica ou pretensamente de “sector” (a Psiquiatria de sector traduz a lógica de descentralização dos serviços de psiquiatria localizando-os por áreas geográficas em que a colectividade era administrativamente dividida. No Hospital de Magalhães Lemos essa filosofia foi “adoptada” no que respeita à divisão administrativa do trabalho psiquiátrico por equipas mas não no que respeita à localização das equipas/serviços na área geo-demográfica que serviam. Está portanto dividido em 3 Serviços (Serviço Psiquiatria Matosinhos, Serviço Psiquiatria Porto, Serviço Psiquiatria Póvoa/Vila do Conde). Todos os Serviços são constituídos por unidades de internamento (masculino e feminino), e o ambulatório. O ambulatório, actualmente centralizado num só pavilhão para as três áreas geográficas - designado por central de consultas - é assegurado pelas equipas de cada serviço.

Actualmente existe apenas um Hospital de Dia, constituído por uma única equipa, resultante da função entre dois que prestavam apoio isoladamente por área geográfica, isto é, ao sector Porto e ao Sector de Matosinhos.

No Hospital existe ainda um Serviço de Terapia Ocupacional e de Reabilitação (STOR) que “serve” todos e apenas os Serviços do Hospital. É um serviço que recebe utentes de todos os Serviços do Hospital, enviados pelas respectivas equipas, quer estejam em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. Em relação à população que utiliza este serviço, trata-se de pessoas com patologias diversas, mas em que, predomina (cerca de metade dos casos) o diagnóstico de Psicose-Esquizofrénica.

Trata-se de um Serviço cujo objectivo geral é o de “promover a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos” (STOR, 1997), através da reintegração comunitária do



doente mental, quer no âmbito da integração sócio-família, acolhimento residencial, quer do emprego e da formação profissional.

Dada a sua natureza, é um serviço vocacionado para a reabilitação psicossocial das pessoas que, por motivos de doença mental, se encontram numa situação de perda em alguns dos níveis da sua vida (família, trabalho, lazer, entre outros), e propondo-se como ideal, a promoção da inserção plena do indivíduo na sociedade. Organizado à imagem de uma “ergoterapia asilar” (nos anos 70), imprimiu o cunho da ocupação na actividade e intervenção que desenvolvia e contam-se por exemplo que as “doentes” passavam o tempo a fazer malha e quando terminavam desfaziam para voltar a fazer. Hoje, organizado em torno da reabilitação psicossocial, recebe dos respectivos médicos responsáveis muitos pedidos no sentido de “ocupar” os doentes nos vários ateliers ou actividades que desenvolve em regime de Centro de Dia e de Clube Terapêutico: natação, ginástica, expressão cénica, reprografia, tipografia, trabalhos manuais, entre outros.

Recentemente, enquadrada na legislação que entrou em vigor a partir de 1998, já caracterizada no capítulo dois da primeira parte, foi criada uma Unidade de Vida Apoiada que comporta cerca de 20 utentes, de ambos os sexos, sendo a patologia predominante a psicose esquizofrénica. Nesta unidade trabalham uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros a tempo integral e por médicos psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, a tempo parcial (já que prestam apoio a outras estruturas).

Foi também criada, em Parceria com a Associação de Familiares, Utes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos e a Segurança Social uma Unidade de Vida Protegida, que estando construída há já cerca de um ano, ainda não entrou em funcionamento por falta de equipamento. (Conforme já referimos, tínhamos também definido como indicador de análise, a avaliação da qualidade de vida de utentes que deixariam de residir no hospital para passar para esta unidade residencial. Infelizmente tal não foi possível).

Encontra-se ainda a funcionar uma Empresa de Inserção, na área da Restauração, resultante também de uma parceria com a Associação acima referenciada, uma empresa que já explorava um dos bares do hospital e o I.E.F.P., onde foram integrados 10 utentes de patologias diversas.

O Hospital de Magalhães Lemos, no sentido de se adaptar à realidade e de dar respostas às necessidades sentidas pelas populações, ainda mais recentemente criou um Serviço de Psicogeriatria e projectou um serviço para a toxicodependência.

Pelo facto de se tratar de uma instituição pública, podem existir elementos (não controlados) que interferem nas categorias sociais que a ela recorrem. Portanto, a situação sócio-económica dos utentes e famílias não pode deixar de ser interpretada à luz do facto de se tratar de um hospital público e portanto de serviços públicos.

#### **4.3.2. Casa de Saúde do Bom Jesus**

A Casa de Saúde do Bom Jesus, situada em Nogueiró-Braga, é um dos treze centros da província portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e foi fundada em 1932. Sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de ideário católico e utilidade pública, apresenta como missão a promoção duma assistência integral, nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual, numa lógica de prevenção, tratamento e reabilitação a doentes psíquicos, idosos, deficientes e outros, de acordo com as necessidades dos tempos e lugares.

Embora se trate de uma Instituição com utilidade pública, que presta um serviço público, a sua gestão é privada e os princípios orientadores do seu funcionamento estão submetidos à legislação estatal, assim como as linhas directrizes definidas no Projecto Hospitaleiro Integral, nos Planos Geral e na Programação Provincial.

A Casa de Saúde do Bom Jesus apresenta na sua estrutura organizacional um serviço de recepção, um serviço de admissões e internamentos, serviços administrativos, serviços de apoio geral, seis unidades de internamento distribuídas pelas áreas da psiquiatria, psicogeriatria, deficiência mental, toxicodependência e alcoolismo, uma unidade de ambulatório, serviços de reabilitação constituídos por ateliers ocupacionais, espaço de psicomotricidade, espaço de manutenção física e recreação terapêutica, formação e integração profissional, residências protegidas e apartamentos terapêuticos. Possui ainda dentro da instituição serviços de cafetaria, cabeleireiro, bazar, sala de cinema, ginásio, biblioteca e serviço religioso e voluntariado.

Em termos de número de camas para internamento apresenta cerca de trezentos e oitenta e cinco camas disponíveis, distribuídas pelas várias valências. Assim possui oitenta e uma camas destinadas a curtos internamentos, sete camas dirigidas para internamentos médios, duzentos e setenta e sete destinadas ao longo internamento e vinte camas enquadradas nos programas de reabilitação, distribuídas por uma unidade de vida protegida (Residência Sta. Teresa com sete camas) e por três unidades de vida autónoma, duas com cinco camas e uma apenas com três camas disponíveis.

Especificamente vocacionado para a reabilitação e inserção social de pessoas com problemas de saúde mental esta Instituição dispõe de um programa dirigido para o domínio profissional e outro para o domínio habitacional denominados «Colorir coop» e o «projecto C.A.S. A.» (Convivência, Autonomia, Aprendizagem, Solidariedade).

A Colorir coop tem como principal finalidade aumentar as perspectivas de emprego e de integração socio-profissional quer em mercado normal de trabalho quer em mercado social de emprego (inclusão na própria cooperativa) das pessoas assistidas nesta Casa de Saúde nas áreas da jardinagem, transformação de produtos agrícolas (em particular na confecção de doces regionais) e na panificação. Neste momento estão integrados neste programa vinte formandas distribuídas pelas três áreas de formação tecnológica. Todas elas frequentam também um curso de treino em aptidões sociais por forma a facilitar o processo de inserção social.

O Projecto C.A.S.A. é constituído por uma unidade de treino denominada Residência Santa Teresa, que inserida no espaço físico da Casa de Saúde, procura de acordo com o modelo de reabilitação psicossocial desenvolver competências nos vários domínios de vida, por forma a que as pessoas com problemas de saúde mental com internamentos de longa duração possam levar uma vida mais independente e serem inseridas nas três unidades de vida autónoma existentes na comunidade ou nas famílias de origem.

Podem recorrer os Serviços desta Casa de Saúde pessoas pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde apenas do Distrito de Braga ou pessoas pertencentes a qualquer outro subsistema de saúde, entidades públicas ou privadas ou a título particular, de qualquer zona do país.

### 4.3.3. Casa de Saúde da Idanha

Tal como a Casa de Saúde do Bom Jesus, A Casa de Saúde da Idanha é também uma Instituição Hospitalar pertencente à Província Portuguesa das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Devido a esta circunstância não nos deteremos em grandes pormenores quanto ao seu enquadramento e caracterização funcional já que é bastante semelhante à anterior.

Em termos históricos a Casa de Saúde da Idanha foi fundada pelo Padre Bento Menni, criador da Congregação, mais 3 irmãs vindas de Espanha em 1 de Julho de 1894 e trata-se da primeira instituição com estas características que foi implementada por esta Congregação em Portugal.

Actualmente, assume como principal missão o atendimento integral de doentes mentais. Tem por finalidade essencial a prevenção, tratamento e reabilitação de doentes em Saúde Mental e Psiquiatria, numa visão integral da pessoa, segundo o carisma do fundador.

A Casa de Saúde da Idanha em termos funcionais é dirigida por um director geral do qual dependem hierarquicamente três directores - um director clínico, um enfermeiro director e um director administrativo. Apresenta na sua estrutura organizacional várias valências no atendimento à pessoa com problemas de saúde mental, das quais se destacam o serviço de recepção e acolhimento, os serviços administrativos, os serviços assistenciais (onde se enquadra uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros; psicólogas, assistentes social e terapeutas ocupacionais), serviço religioso, serviços socioterapêuticos (constituídos por bar, bazar, biblioteca, sala de animação, salão de festas, salão de cabeleireiro, salas de ergoterapia, sala de exposições, campo ludoterápico), serviços de apoio geral e finalmente unidades de internamento.

Em termos globais apresenta actualmente uma lotação de 500 camas, dirigida quer para doentes agudos quer para doentes crónicos.

Especificamente vocacionado para a reabilitação e inserção social de pessoas com problemas de saúde mental, numa lógica de desinstitucionalização, esta Instituição dispõe desde 1992, de um programa residencial constituído actualmente por uma unidade

residêncial intra-hospitalar, isto é, localizada no interior da casa de saúde, e três unidades de vida autónoma. É na unidade de treino que se desenvolvem treinos de competências nos vários domínios de vida por forma a promover a inserção de utentes na comunidade, nas três residências extra-hospitalares. Actualmente estão integradas nos apartamentos comunitários um total de 15 utentes desinstitucionalizadas, isto é, a viverem na comunidade, com apenas o apoio de uma equipa técnica de retaguarda. De referenciar que todas estas utentes possuem uma actividade laboral, na cooperativa da casa de saúde ou em mercado normal de trabalho, ou uma actividade ocupacional remunerada nos vários ateliers que a instituição possui.

A Casa de Saúde recebe doentes vindos dos diferentes distritos do país de preferência da área de Lisboa e estabelece acordos com a ARS e outros sistemas de saúde particulares.

#### **4.3.4. Casa de Saúde do Telhal**

A Casa de Saúde do Telhal, fundada pelo Padre Bento Menni, pertence à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, dependendo jurídica e administrativamente do Instituto S. João de Deus, Instituição Particular de Solidariedade Social.

A Quinta do Telhal ocupa uma superfície de cerca de cem hectares, pela qual estão distribuídos os diferentes edifícios e serviços (Igreja, Unidades de Internamento e serviços). Devido à dispersão destes e, para facilitar a acessibilidade, vários corredores subterrâneos permitem efectuar a comunicação entre parte das estruturas arquitectónicas existentes.

Em termos genéricos podemos referenciar a existência de Serviços de apoio e manutenção (cozinha, lavandaria, costura e roupa, horta, pomar, oficinas de manutenção, carpintaria e serralharia, aviário e vacaria), Serviços complementares à actividade assistencial (farmácia, serviço de voluntariado e serviço religioso) e serviços clínicos (serviços médicos de psiquiatria e clínica geral, serviço de psicologia, de enfermagem, de serviço social e de terapia ocupacional).

Do quadro de pessoal fazem parte psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, monitores de actividades ocupacionais, monitores das estruturas residenciais comunitárias e de transição, monitores da formação profissional, administrativos, auxiliares, cozinheiros, pessoal de manutenção, entre outros.

A Casa de Saúde do Telhal integra várias unidades de internamento, organizadas em função de populações e objectivos específicos. Assim possui a Clínica Novo Rumo, destinada à desintoxicação e tratamento de doentes dependentes de álcool; a Clínica Bento Menni, que presta assistência a pessoas portadoras de doença mental em fase de agudização, numa lógica de intervenção na crise; a Unidade de S. Lucas, serviço de gerontopsiquiatria onde são prestados cuidados a doentes idosos, quase todos bastante dependentes; a Unidade S. João Grande, dirigida a pessoas portadoras de doença mental grave e de evolução prolongada e por pessoas com deficiência mental; a Unidade S. João de Deus e Sto. António, onde estão integrados doentes de evolução prolongada que possuem um significativo grau de autonomia nos vários domínios de vida; a Unidade do Sagrado Coração de Jesus e a Unidade S. Rafael, onde estão integrados utentes de evolução prolongada menos autónomos que os que habitam as anteriores referenciadas; e finalmente a Unidade Sto. Agostinho, que arquitectonicamente adaptada e acessível a pessoas com deficiência motora, se destina a doentes de evolução prolongada, portadores de doença e /ou deficiência mental grave.

Em termos da reabilitação e inserção social, a Casa de Saúde do Telhal dispõe de programas específicos quer no âmbito residencial quer no âmbito ocupacional e profissional. Assim, por forma a desinstitucionalizar utentes que em geral provêm das unidades de evolução prolongada, a casa de saúde possui uma unidade de transição e treino das várias competências necessárias à vida no exterior, denominada Vivenda Romã. Nesta unidade intervêm uma equipa de reabilitação que acompanha os treinos, através de reuniões semanais, havendo uma monitora em permanência diurna. Os utentes que passam pela Vivenda Romã são depois integrados em unidades de vida autónoma, na comunidade que apresentam um carácter permanente. Nestes apartamentos os utentes têm quartos individuais, que foram mobilados de acordo com as suas motivações. As tarefas

domésticas são cumpridas de acordo com uma escala elaborada semanalmente. A equipa de reabilitação da Casa de Saúde do Telhal supervisiona esta valência, havendo uma monitora que acompanha duas horas por dia, a vida quotidiana dos residentes. Todas estes residentes estão integrados nos vários programas ocupacionais e laborais que a instituição possui.

Em termos de formação profissional existem cursos de serigrafia, limpezas gerais, jardinagem, artes gráficas, reciclagem de papel e “bookshop” (livraria integrada na comunidade), onde se encontram integrados trinta e sete pessoas com problemas de saúde mental. A Casa de Saúde do Telhal possui também o “atelier de actividades produtivas”, onde cerca de 20 utentes, na sua maioria de evolução prolongada efectuem trabalho à tarefa par empresas exteriores com as quais estão estabelecidos contratos de prestação de serviços. Finalmente existe ainda o “atelier de actividades criativas” onde procuram através da realização de actividades como barro, pintura, azulejaria, colagens, tecelagem, cordoaria, entre outras, estimular doentes de evolução prolongada, para as necessidades de auto-realização e socialização. Este área tem capacidade para cerca de trinta pessoas e assume-se muitas vezes como espaço de transição para projectos mais complexos, numa lógica de reabilitação psicossocial.

#### **4.3.5. Hospital Conde de Ferreira**

O Hospital do Conde Ferreira, situado na Rua Costa Cabral – Porto, foi inaugurado solenemente em 24 de Março de 1882. Trata-se de uma unidade hospitalar central, especializada na prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, desdobrando-se a actividade assistencial pelo internamento de doentes agudos e doentes de evolução prolongada (residentes), pela consulta externa, pelo hospital de dia e área de dia.

Pertencendo inicialmente à Santa Casa da Misericórdia do Porto foi nacionalizado com a revolução de 25 de Abril de 1974. Com a publicação do Decreto lei n.º 232/95, de 12 de Setembro, iniciou-se o processo, por muitos contestado e com vários avanços e recuos, de devolução da gestão do hospital à Santa Casa da Misericórdia do Porto. Actualmente a gestão do hospital é assegurada pelo conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, já que em 30 de Dezembro de 2000 o Hospital Conde

Ferreira foi extinto enquanto pessoa colectiva de direito público, transitando os seus direitos e obrigações para o Hospital de Magalhães Lemos.

A área de influência deste hospital cobre as freguesias da parte oriental do Porto, e de diversos concelhos limítrofes, como Gondomar, Santo Tirso e Valongo. Para além desta actividade assistencial desenvolvida na área da sua responsabilidade, o Hospital Conde Ferreira presta apoio no internamento ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Vale do Sousa.

O Hospital Conde Ferreira, construído nos finais do Século XIX, apresenta uma estrutura pavilhonar envelhecida, que apresenta um avançado estado de degradação, com péssimas condições hoteleiras e sem os equipamentos necessários ou pelo menos muito obsoletos para o tratamento dos utilizadores deste serviço de saúde.

Em termos de recursos humanos, após a publicação do Decreto Lei n.º 232/95, de 12 de Setembro, assistiu-se a uma progressiva diminuição do quadro de pessoal, que tem originado algumas dificuldades na gestão das necessidades. Em 31 de Dezembro de 2000, de acordo com o relatório de gestão, o Hospital do Conde Ferreira possui 321 trabalhadores, dos quais 34 são médicos, 10 são técnicos superiores de saúde, três são técnicos de diagnóstico e terapêutica, 58 são enfermeiros, 32 são administrativos, 15 são operários e 168 pertencem aos serviços gerais.

A prestação de cuidados a pessoas em fase aguda da doença é desenvolvida em termos de internamento a partir das da 1ª e 7ª enfermaria de homens e da 1ª e 7ª enfermaria de mulheres, num total de cerca de 108 camas disponíveis. Relativamente à área de dia e consulta externa, resultante do encerramento em 1997 do centro de apoio a toxicodependentes, tem sido privilegiado os tratamentos de desintoxicação e outros tratamentos biológicos, em regime ambulatorio, a doentes toxicodependentes. Por outro lado, numa lógica de descentralização e de ligação aos sectores primários da saúde, mais próxima do modelo de psiquiatria comunitário, têm sido realizadas consultas locais em Gondomar, Valongo e Santo Tirso.

Em termos de prestação de cuidados a doentes crónicos ou de evolução prolongada, conceptualizados pelo hospital como aqueles “que se encontram internados há mais de um ano na instituição, distribuídos por dois serviços: o de internamento de



doentes crónicos residentes e o centro de dia para doentes que residem nas famílias” (Relatório de gestão, 2000), a maioria tem permanecido nas instalações do hospital, embora sem grandes condições e estando próxima a data do seu encerramento.

O número de doentes crónicos em internamento completo, constituída na sua maioria por doentes esquizofrénicos ou com atraso de desenvolvimento intelectual sem retaguarda familiar ou social tem evoluído, passando de 273, em 31 de Dezembro de 1998, para 251 em 31 de Dezembro de 2000 (Relatório de gestão, 2000).

O Serviço de Terapia Ocupacional, a partir do qual seleccionamos os nossos utentes, foi aberto em 6 de março de 1978 por três elementos de enfermagem e um auxiliar de acção médica, possuindo inicialmente as actividades de labores, cartonagem, cerâmica, jardinagem e agro-pecuária.

Actualmente, este serviço encontra-se situado na ala direita do recinto hospitalar, sendo todas as suas estruturas independentes relativamente ao edifício principal. O horário de funcionamento é das 9h às 12h e das 14h às 16h. As actividades que existem actualmente, que podem ser frequentadas pelo utentes internados ou por doentes do regime ambulatorio são a cartonagem, a cerâmica, labores, marcenaria, jardinagem, natação, teatro, dança, ginástica e actividades lúdico-recreativas (bailes, projecção de filmes, festas de santos populares...). Em julho de 2001 encontravam-se a frequentar diariamente este serviço cerca de 100 utentes, dos quais 45 sofrem de psicose esquizofrénica e encontram-se a residir no hospital.

O encaminhamento dos utentes para este Serviço é feita pelo médico psiquiatra do respectivo doente que na sua integração se deverá fazer acompanhar de um elemento da equipa de origem (internamento, consultas externas) e pela respectiva ficha de admissão, que deverá conter dados genéricos de caracterização. No processo de triagem é entregue ao utente um guia de acolhimento, onde se referenciam os seus direitos e deveres.

A equipa deste Serviço é constituída por um Médico Psiquiatra (director de serviço), 6 enfermeiras, um professor de educação física, um ajudante de enfermagem, uma modeladora principal, um maquinista de malhas, um carpinteiro e cinco auxiliares de acção médica

## **4.4. Amostra**

Neste ponto do trabalho pretendemos identificar os critérios e descrever o processo de constituição da nossa amostra, que como referenciaremos é constituída por três grupos. Efectuaremos também a caracterização das várias sub-amostras, e por conseguinte da nossa amostra em toda a sua globalidade, tendo em conta alguns dados demográficos como idade, sexo, estado civil, escolaridade, condição perante o trabalho, última e actual profissão e finalmente datas do primeiro e último internamento em psiquiatria.

### **4.4.1. A constituição das amostras**

Em termos genéricos optamos por estudar apenas os utentes de ambos os sexos, que apresentam um diagnóstico de psicose esquizofrénica em estado crónico da doença, compensados do ponto de vista psicopatológico e que se encontram inseridos há mais de um ano em estruturas comunitárias, nas famílias ou em hospital psiquiátrico.

No sentido de obtermos confirmação para a presença dos critérios que definimos para que as pessoas integrassem a nossa amostra recorreremos quer aos processos clínicos quer aos técnicos e responsáveis das diversas instituições onde esta pesquisa se desenvolveu.

Assim, no sentido de efectuarmos uma “análise comparativa da qualidade de vida, satisfação face á vida e nível de autonomia funcional de pessoas que apresentam um diagnóstico de esquizofrenia, em função do meio onde estão inseridas: Hospital Psiquiátrico; Estruturas Residenciais Comunitárias; Família, ” efectuamos o levantamento dos utentes que se encontram dentro destes critérios, a partir das populações das várias instituições que constituem o nosso campo de análise, por forma a construirmos as três sub-amostras.

#### **4.4.1.1. Sub-Amostra dos utentes que se encontram a residir nos Internamentos de Estruturas Hospitalares Psiquiátricas**

Em relação aos utentes que se encontram a residir à mais de um ano anos no internamento do Hospital Magalhães Lemos obtivemos uma listagem nominal de

utentes, por diagnóstico, data de nascimento, sexo, médico assistente e técnicos responsáveis, e condição perante o trabalho.

Em Dezembro de 2000 o universo de utentes que se encontrava a residir no Hospital de Magalhães Lemos era 22 utentes. Destes, 7 apresentam um diagnóstico de esquizofrenia e encontravam-se internados no hospital à mais de três anos. Todos os elementos passaram a integrar a nossa sub-amostra.

No Hospital Conde Ferreira optamos por seleccionar os nossos elementos a partir daqueles que, cumprindo os critérios gerais acima referidos, se encontravam a residir no hospital à mais de um ano e frequentavam o Serviço de Terapia Ocupacional. Assim, através dos processos clínicos, dos 45 elementos que frequentam aquele Serviço seleccionamos aleatoriamente 28 elementos. Por conseguinte, a sub-amostra de sujeitos que se encontram a residir em internamento hospitalar é constituída, no total por 34 pessoas.

#### **4.4.1.2. Sub-Amostra dos utentes que se encontram integrados nas Famílias**

Relativamente aos utentes que estão integrados na família e que frequentam os serviços de psiquiatria em regime de ambulatório, optamos por construir a nossa sub-amostra a partir do Serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação (STOR) do Hospital de Magalhães Lemos, atendendo à sua natureza e dado que se trata de um Serviço cuja área geodemográfica de influência coincide com a do hospital. Neste Serviço, a que têm acesso doentes de todas as unidades do Hospital, não se encontram doentes em situação de crise aguda, o que facilita a investigação não clínica e a nossa selecção.

Os utentes que se encontram integrados nas famílias, mas que frequentam semanalmente o serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação eram, em Dezembro de 2000, 102 pessoas. Destes, 34 apresentam o diagnóstico de esquizofrenia. Todos eles passaram a integrar a nossa sub-amostra.

#### **4.4.1.3. Sub-Amostra dos utentes que se encontram integrados em Estruturas Comunitárias**

Relativamente aos utentes que se encontram integrados em estruturas comunitárias e que cumprem os critérios gerais inicialmente referenciados optamos por constituir a nossa amostra a partir da Casa de Saúde do Telhal, Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde do Bom Jesus, por forma a constituirmos uma amostra equilibrada com o número de utentes aproximado ao das outras sub-amostras. De realçar que por forma a obtermos uma amostra mais homogénea, em que se privilegia a inserção comunitária em toda a sua plenitude, optamos por seleccionar apenas as pessoas que se encontravam residir nos apartamentos comunitários (extra-hospitalares), excluindo aquelas que se encontravam integradas nas residências intra-hospitalares de treino. Assim, dos 16 utentes que se encontram integrados nos apartamentos da Casa de Saúde do Telhal , 14 integraram a nossa amostra, já que dois elementos, embora cumprindo os critérios definidos, recusaram participar no estudo. Integraram também a nossa amostra todos as pessoas que se encontram inseridas nas apartamentos comunitários da Casa de Saúde de Bom Jesus (9 elementos), já que todas elas apresentavam diagnóstico de esquizofrenia, numa fase crónica da doença e encontravam-se compensados do ponto de vista psicopatológico. Da Casa de Saúde da Idanha foram seleccionadas 9 pessoas, das 10 pessoas que se encontravam a residir nos apartamentos na comunidade, já que uma não apresentava o diagnóstico de esquizofrenia. Assim, esta sub-amostra é constituída no total por 32 sujeitos.

De realçar que pela necessidade de constituirmos uma amostra com um número de elementos estatisticamente significativo tivemos que recorrer, conforme já caracterizamos, a vários campos de análise. Devido a esta situação foram seleccionadas para participarem neste estudo todas as pessoas que se encontravam integradas nestas instituições que cumpriam os critérios genéricos acima referidos, que na maioria dos casos coincidia com o universo de pessoas que lá estavam inseridas (como é o caso das pessoas que se encontravam inseridas nas residências das várias instituições ou dos utentes que estavam integrados nas famílias e que frequentavam o STOR ou ainda dos utentes que residiam no

Hospital Conde Ferreira e frequentam o Serviço de Terapia Ocupacional e cumpriam os critérios acima referidos). Por conseguinte como veremos no ponto seguinte, não nos foi possível constituir as várias sub-amostras de uma forma completamente equilibrada quanto ao sexo e idade, já que tivemos que nos cingir as pessoas disponíveis nas várias instituições a que recorremos.

#### **4.4.2. Caracterização da Amostra**

Nesta parte do trabalho iremos efectuar a caracterização global da nossa amostra, a partir da distribuição da idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e condição perante o trabalho das pessoas que integraram as três sub-amostras. Procuraremos também relacionar alguns destes itens por forma a possibilitar uma leitura da nossa amostra de uma maneira mais pormenorizada e completa, possibilitando uma análise mais rica, objectiva e fidedigna.

No quadro n.º25, a seguir apresentado, efectuamos a caracterização das três sub-amostras, quanto ao sexo, media de idades e estado civil.

Conforme se pode analisar através da leitura do quadro a sub-amostra constituída pelos utentes que se encontram a residir em hospital psiquiátrico é aquela que em média apresenta uma idade mais avançada (51,7) por relação com a sub-amostra dos utentes que se encontram inseridas nas residências comunitárias (42,8) ou nas famílias (40,0). Pensamos que esta situação se deve fundamentalmente ao tipo e dimensão histórica de cada resposta. Talvez a explicação se organize em torno do facto do Hospital Conde Ferreira ser a resposta institucional mais antiga de todas as que colaboraram connosco e que portanto mais carrega as tradições asilares de enclausuramento e por conseguinte de manutenção e sinalização das pessoas com doença mental no sistema. Por outro lado, sendo os programas de desinstitucionalização para residências comunitárias mais recentes e por se valorizar de uma maneira geral, como critério de selecção para estes programas, o facto de serem pessoas com idades, que numa lógica de reabilitação psicossocial, apresentem possibilidades de alterar a sua vida no domínio habitacional mas também no laboral e social, parece justificar o facto de apresentarem em média idades mais jovens do que os anteriores e quase idênticas aos que estão inseridos nas famílias. Os utentes que

estão a viver junto dos seus familiares e que frequentam em regime de ambulatório as diversas actividades ocupacionais do Serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Hospital de Magalhães Lemos, apresentam-se tal como os outros, do ponto de vista psicopatológico, numa fase de evolução prolongada e residual da doença. Esta situação associada ao facto deste Hospital ser relativamente recente justifica a idade não muito jovem dos elementos que integram esta sub-amostra, mas ainda assim mais jovem que as anteriores (principalmente por comparação com aqueles que estão a viver no Hospital Conde Ferreira).

Relativamente ao sexo, as sub-amostras de utentes inseridos no internamente hospitalar e nas residências apresentam uma distribuição equilibrada, ocorrendo um predomínio do sexo feminino, (quinze utentes do sexo masculino e vinte do feminino no primeiro caso e catorze do masculino e dezoito no feminino do segundo caso). A sub-amostra de utentes que se encontram inseridos junto das famílias contraria esta tendência ao ser constituída maioritariamente por elementos do sexo masculino (vinte e quatro homens) e por apenas dez mulheres. Pensamos que esta distribuição reflecte mais a situação circunstancial de cada uma das instituições que colaboraram neste estudo, do que propriamente qualquer tendência geral de distribuição em função de local ou tipo de inserção. De facto ao nível das residências, conforme referenciamos na parte onde caracterizamos os diversos campos de análise participaram neste estudo duas instituições exclusivamente vocacionadas para mulheres e apenas uma vocacionada para homens, logo será obvio a presença maioritária de mulheres nesta sub-amostra. O Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Conde Ferreira devido à natureza e funcionamento das diversas actividades que possui (segundo nos foi referenciado, a actividade de labores, que se destina a pessoas do sexo feminino, é aquela que apresenta um maior número de pessoas integradas e em que ocorre uma maior assiduidade) apresenta globalmente mais mulheres do que homens com esquizofrenia residentes à mais de três anos. Por conseguinte esta situação reflectiu-se na distribuição do sexo na sub-amostra de pessoas que se encontram a residir nos hospitais psiquiátricos. Relativamente aos utentes que se encontram integrados nas famílias, seleccionados para este estudo a partir do Serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Hospital de Magalhães Lemos, a existência de mais homens do que mulheres deve-se também a orgânica funcional do Serviço. Sendo constituído em

regime de full-time por actividades vocacionadas mais para o sexo masculino do que feminino (carpintaria, tipografia, encadernação) será lógica que existam mais homens do que mulheres a frequentar assiduamente o serviço.

Por outro lado, é comum referir-se que as mulheres pelos papeis sociais que lhes são atribuídos que em certos aspectos são diferentes dos homens apresentam uma maior facilidade de integração. Existe ainda hoje, em termos gerais, uma maior pressão social e aculturação para o homem exercer uma actividade profissional do que às mulheres que lhes são destinadas a responsabilidade das funções mais domésticas. Logo embora não sustentado empiricamente é usual ouvir-se dizer nos contextos da psiquiatria que são os homens com esquizofrenia residual quem mais frequentam em regime de ambulatório os serviços com as características daquele por nós acima referenciado.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos sujeitos que integra a nossa amostra são solteiros (80, 2% dos casos) e dos restantes casos, 5,9% são viúvos, 8,9% estão separados ou divorciados e apenas 5% são casados ou vivem em união de facto. Pensamos ser bastante relevante o facto de em cento e uma pessoas com doença mental, apenas cinco se encontrarem casados e de só vinte o terem alguma vez feito (se levarmos em consideração também os que se separaram ou enviuvaram). De alguma forma estes dados são demonstrativos das dificuldades que as pessoas com esquizofrenia apresentam ao nível do relacionamento social, da criação e manutenção de laços afectivos e por conseguinte da integração social em toda a sua plenitude.

Relativamente à caracterização do estado civil pelos três grupos, dos trinta e quatro sujeitos que vivem com os seus familiares, vinte e cinco são solteiros, um é viúvo, quatro estão separados ou divorciados e outros quatro são casados ou vivem em união de facto. Na sub-amostra de pessoas que se encontram inseridas nas residências comunitárias, vinte e seis são solteiras, três são viúvas e as restantes três estão separadas ou divorciadas. Dos indivíduos que residem nos internamentos hospitalares, trinta são solteiros, dois são viúvos, dois são separados ou divorciados e um é casado.

**Quadro n.º25** Caracterização dos grupos relativamente à idade, sexo e estado civil

	<b>Categorias</b>	<b>Famílias (n=34)</b>	<b>Residências Comunitárias (n=32)</b>	<b>Internamento hospitalar (n=35)</b>	<b>Total</b>	<b>Média</b>
<b>Idade</b>	Media	40,0	42,8	51,7		45,0
	Desvio padrão	10,1	9,63	10,5		11,2
	Limite Superior	58	67	69		
	Limite Inferior	24	27	25		
<b>Sexo</b>	Masculino	24	14	15	53	
	Feminino	10	18	20	48	
<b>Estado Civil</b>	Casado/união de facto	4	0	1	5	
	Separado/ divorciado	4	3	2	9	
	Viúvo	1	3	2	6	
	Solteiro	25	26	30	81	

No que diz respeito à escolaridade, profissão e condição perante o trabalho, o quadro n.º 26, que a seguir apresentamos, caracteriza a nossa amostra a partir da distribuição dos sujeitos que integram os três grupos definidos, pelas diversas categorias das diferentes variáveis. Em termos da escolaridade o nível mais encontrado foi a 4ª classe, com 34 pessoas a possuírem-lo. Dos restantes sujeitos, oito são analfabetos, catorze, embora sem escolaridade sabem ler e escrever, dezasseis possuem o 7ºano (2ºciclo), doze têm o 9ºano (3ºciclo) e dezassete possuem o 12ºano.

Da análise dos dados é possível observarmos que são as pessoas que estão integradas nas famílias as que apresentam níveis de escolaridade mais elevados, já que dos trinta e quatro sujeitos que residem com os seus familiares, oito possuem o 12º ano, quatro a escolaridade obrigatória actual, cinco o 2º ciclo e dezasseis a 4ª classe. As pessoas que apresentam os níveis de escolaridade mais baixos encontram-se a residir nos internamentos, já que destas trinta e cinco pessoas, cinco são analfabetas, oito embora sabendo ler e escrever não andaram na escola e nove possuem apenas a 4ª classe. Esta situação poderá estar relacionada com a idade, já que por um lado as pessoas que vivem com os seus familiares são as que em media apresentam menor idade e as que residem em internamento hospitalar são as que em média apresentam maior idade. Por outro lado, o facto das pessoas se manterem no contexto familiar poderá também proporcionar mais recursos e possibilidades para continuarem o processo de educação escolar do que se



tivessem sido inseridos nos hospitais ou posteriormente em residências comunitárias, o que deste ponto de vista faz sobressair a família como uma resposta mais integradora.

No que diz respeito à profissão a maioria dos sujeitos que integram a nossa amostra enquadravam-se em actividades profissionais de mão de obra não qualificada (trinta e cinco dos sujeitos em cento e um). Das outras pessoas, vinte e duas nunca tiveram uma profissão, vinte e três desenvolveram actividades profissionais que se relacionam com mão de obra operária qualificada e quinze eram técnicos de serviços qualificados. Dos restantes sujeitos cinco não souberam responder ou não responderam e num tivemos dificuldades em catalogar a sua profissão devido à natureza da actividade (cartomante), o que nos levou a optar por inclui-lo na categoria de outras profissões.

As pessoas que desempenharam actividades profissionais mais qualificadas encontram-se integradas nas famílias, já que destas trinta e quatro pessoas, sete enquadram-se na categoria de técnicos de serviços qualificados, oito na de operários qualificados e doze na de operários não qualificados. De registar que foram estes os sujeitos que menos referiram nunca terem trabalhado (só cinco o referenciaram). Os sujeitos que realizaram actividades profissionais menos qualificadas encontram-se inseridos nas residências comunitárias e nos internamentos hospitalares, já que relativamente aos primeiros, desses trinta e dois sujeitos, só três se enquadraram na categoria de técnico de serviços especializados, sete nos operários qualificados e onze nos não qualificados. No que diz respeito aos segundos, dos trinta e cinco indivíduos que residem nos internamentos, cinco desenvolveram actividades profissionais que se enquadram na categoria de técnico de serviços especializados, oito na de operários qualificados, doze na de operários não qualificados e os restantes ou não responderam (quatro pessoas) ou nunca trabalharam (seis pessoas). Os sujeitos que mais declararam nunca terem trabalhado encontram-se inseridos nas residências comunitárias (onze pessoas).

Relativamente à condição perante o trabalho a maioria das pessoas que integram a nossa amostra (oitenta e cinco pessoas em cento e uma) encontram-se reformadas por invalidez. Dos restantes sujeitos, sete estão empregados, dois de baixa médica, cinco em situação oficial de desemprego (estão inscritos nos centros de emprego e recebem

subsídio) e dois não possuem qualquer tipo de apoio ou relação com o trabalho. Parece que do ponto de vista da integração profissional o local onde as pessoas se encontram a residir não tem grande influência e que apesar de todas as possibilidades ou modalidades de integração profissional disponíveis, a maioria das pessoas com esquizofrenia encontra-se em situação de reforma por invalidez. Se considerarmos a integração profissional como uma das dimensões mais importantes da integração social, vista em termos mais globais, parece que independentemente do facto de estarem a viver nas famílias, em residências ou em hospitais psiquiátricos estas pessoas apresentam uma grande lacuna em termos da sua inserção. De qualquer forma relativamente às pessoas que encontramos em fase activa, isto é, que se encontram a trabalhar em mercado normal de trabalho, em mercado social de emprego ou que se encontram em situação de baixa médica, das primeiras, seis estão inseridas nas famílias, uma nas residências comunitárias e das segundas as únicas duas pessoas que se encontram nessa situação vivem também nas famílias. Gostaríamos de salientar que para a análise deste indicador levamos em linha de conta o facto das pessoas apresentarem as condições que se enquadram nas legislações relacionadas com o trabalho. Não consideramos situações em que embora as pessoas desempenhassem funções próximas de uma actividade profissional, se encontravam em situação de reforma ou então não existiam contratos de trabalho, nem lhes era atribuídos os direitos e deveres exigíveis a qualquer trabalhador (salário de acordo com legislação em vigor, índices de produtividade, assiduidade e pontualidade, entre outros).

**Quadro n.º26** Caracterização dos grupos relativamente à escolaridade, profissão e condição perante o trabalho.

	<b>Categorias</b>	<b>Famílias (n=34)</b>	<b>Residências Comunitárias (n=32)</b>	<b>Internamento hospitalar (n=35)</b>	<b>Total De sujeitos</b>	<b>%</b>
Escolaridade	Não sabe Ler/esc.	0	3	5	8	7,9
	Sabe ler/escrever	1	5	8	14	13,9
	4ª classe	16	9	9	34	33,7
	7º Ano	5	7	4	16	15,8
	9º Ano	4	3	5	12	11,9
	12º ano	8	5	4	17	16,8
	Bacharelato	0	0	0	0	0
	Licenciatura	0	0	0	0	0
Profissões	Sem emprego	5	11	6	22	21,8
	Manual não qualificada	12	11	12	35	34,7
	Operária Qualificada	8	7	8	23	22,8
	Técnica de serviços qualificada	7	3	5	15	14,9
	Não sabe/Não responde	1	0	4	5	5,0
	Outra	1	0	0	1	1,0
Condição perante o trabalho	Reformado por invalidez	23	29	33	85	84,2
	Reformado por velhice	0	0	0	0	0
	Domestica	0	0	0	0	0
	Estudante	0	0	0	0	0
	Empregado	6	1	0	7	6,9
	Baixa	2	0	0	2	2,0
	Desempregado	3	0	2	5	2,0
	Sem apoio social	0	2	0	2	2,0

Se noutra perspectiva cruzarmos a profissão dos diversos sujeitos que integraram a nossa amostra com a actual condição perante o trabalho, concluímos que a maioria dos sujeitos se encontra reformado por invalidez (oitenta e cinco sujeitos em cento e um), independentemente do tipo de actividade profissional que realizavam. De qualquer forma, conforme podemos observar no quadro n.º 27, a seguir apresentado, são os sujeitos que vivem nas famílias que estão mais no activo (seis empregados, dois de baixa e três desempregados). Em termos de perfil profissional destes seis empregados, cinco são operários não qualificados e um é técnico de serviços especializados. Dos que se encontram de baixa médica um é operário qualificado e o outro é técnico de serviços especializados e relativamente aos que no momento se encontram desempregados, um era operário manual não qualificado e os restantes dois eram operários qualificados.

O outro sujeito que também se encontra empregado vive nas residências

comunitárias e a sua actividade profissional enquadra-se na categoria de operário qualificado. Por outro lado, os outros sujeitos que estão no desemprego estão inseridos nos internamentos hospitalares e enquadravam-se na categoria de operário manual não qualificado. Os sujeitos que embora estando desempregados, não recebem, qualquer tipo de apoio estão inseridos nas residências comunitárias e um nunca trabalhou e o outro enquadrava-se na categoria de operário qualificado.

**Quadro N.º 27** Caracterização dos grupos pela condição perante o trabalho e última profissão

<div>Última Profissão</div> <div>Condição Perante o Trabalho</div>	Famílias (n=34)						Estruturas Comunitárias (n=32)						Internamentos Hospitalares (n=35)						Total
	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	
Reformado por Invalidez	5	6	5	5	1	1	10	11	5	3	---	---	6	10	8	5	4	---	85
Reformado por Velhice	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Domestica	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
empregado	---	5	---	1	---	---	---	---	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7
Baixa	---	---	1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2
Desempregado	---	1	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2	---	---	---	---	---	5
Sem apoio	---	---	---	---	---	---	1	---	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2
Total	5	12	8	7	1	1	11	11	7	3	---	---	6	12	8	5	4	---	101

Se por outro lado cruzarmos ainda o nível de escolaridade dos diversos sujeitos com a sua profissão, podemos constatar que os sujeitos que não possuem nenhum nível de escolaridade (não sabe ler nem escrever ou sabem mas não andaram na escola ou pelo menos não fizeram o 1ºciclo) nunca desenvolveram uma actividade profissional (quatro que vivem nas residências mais dois que vivem nos internamentos) ou enquadram-se maioritariamente na categoria de operário manual não qualificado (dois das residências mais oito dos internamentos). Apenas três destes sujeitos foram ou são operários qualificados (um das famílias mais dois dos internamentos). De qualquer forma, conforme

podemos concluir pela análise do quadro n.º28 a seguir apresentado, não podemos considerar que exista uma relação entre a escolaridade e o tipo de profissão destes sujeitos, quer em termos da globalidade da amostra quer em termos dos três grupos, já que ocorre uma distribuição atípica, não significativa dos sujeitos pelas diversas categorias. Não nos é dado a observar conforme poderíamos esperar, que os sujeitos com um nível de escolaridade mais alta se enquadrariam em categorias profissionais mais qualificadas ou vice-versa. Parece-nos assim que o perfil destes sujeitos com esquizofrenia (na maioria operários não qualificados com nível de escolaridade baixa – 4ª classe) poderá mais ser marcado ou o resultado da presença da patologia crónica do que da relação destas variáveis. Consideramos que neste caso, ao contrário da população em geral, a escolaridade não se relaciona com o tipo de profissão, mas ambas são influenciadas pela presença de patologia psiquiátrica.

Quadro n.º 28 Caracterização dos grupos por última profissão e escolaridade

<div>Última Profissão</div> <div>Escolaridade</div>	Famílias (n=34)						Estruturas Comunitárias (n=32)						Internamentos Hospitalares (n=35)						Total
	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	Sem profissão	Manual não qualificada	Operária qualificada	Técnica de Serviços Qualificada	Não sabe / Não responde	Outros	
Não sabe ler e escrever	---	---	---	---	---	---	2	1	---	---	---	---	1	4	---	---	---	---	8
Saber ler e escrever	---	---	1	---	---	---	2	1	2	---	---	---	1	4	2	---	---	---	13
4ª Classe	2	6	4	2	1	1	3	5	1	---	---	---	1	1	4	1	2	---	34
7ºano	---	3	2	1	---	---	4	1	1	1	---	---	---	1	2	1	---	---	17
9ºano	---	2	1	4	---	---	---	1	1	1	---	---	2	1	---	2	---	---	15
12ºano	3	1	1	---	---	---	---	2	2	1	---	---	1	1	---	1	1	---	14
Total	5	12	9	7	1	---	11	11	7	3	---	---	6	12	8	5	3	1	101

Numa outra perspectiva podemos ainda caracterizar a nossa amostra em função da relação de algumas variáveis (estado civil, escolaridade e condição perante o trabalho) com o sexo, que nos permitirá uma análise e caracterização diferente mas complementar

da nossa amostra. Assim, levando em consideração que no total a nossa amostra é constituída por cinquenta e três homens e quarenta e oito mulheres, no que diz respeito à relação do estado civil com o sexo, conforme podemos observar no quadro n.º29, dos oitenta e um sujeitos solteiros, quarenta e sete são do sexo masculino (dezanove vivem nas famílias, treze nas residências e quinze nos internamentos) e trinta e quatro são do feminino (seis vivem nas famílias, treze nas residências e quinze nos internamentos). Por conseguinte é nas famílias que existem mais solteiros e é também lá que encontramos a diferença entre o género, com uma predominância do masculino. Os sujeitos viúvos são todos do sexo feminino (um vive nas famílias, três nas residências e dois nos internamentos) e dos que estão divorciados dois são do sexo masculino (um vive com a família e outro nas residências comunitárias) e sete do feminino (três vivem nas famílias, dois nas residências e outros dois nos internamentos). Relativamente aos que se encontram casados, quatro sujeitos são homens e vivem todos integrados familiarmente e o outro é uma mulher, mas vive nos internamento hospitalares.

**Quadro n.º 29** Caracterização dos grupos por estado civil e sexo

Sexo Estado Civil	Famílias (n=34)		Residências Comunitárias (n=32)		Internamento hospitalar (n=35)		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Casado/união de facto	4	---	---	---	---	1	5
Separado/ divorciado	1	3	1	2	---	2	9
Viúvo	---	1	---	3	---	2	6
Solteiro	19	6	13	13	15	15	81
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>101</b>

No que diz respeito ao nível de escolaridade em função do sexo, conforme podemos analisar no quadro n.º30, existem mais mulheres do que homens analfabetas ou sem nível de escolaridade (catorze versus oito respectivamente). Estas mulheres encontram-se inseridas maioritariamente nos internamentos (dez pessoas) seguido das residências (quatro). Relativamente ao 1ºciclo, dos trinta e quatro sujeitos que o possuem, vinte são do sexo masculino (catorze vivem nas famílias, três nas residências e três nos internamentos) e catorze são do feminino (duas vivem nas famílias, seis nas residências e seis nos internamentos). Dos dezasseis sujeitos que possuem o 2ºciclo, oito são do sexo masculino (dois vivem nas famílias, dois nas residências e quatro nos internamentos) e os

restantes oito são do feminino (três vivem nas famílias e cinco nas residências). Relativamente aos doze sujeitos que possuem a actual escolaridade obrigatória, sete são do homens (um vive na família, três nas residências e três nos internamentos) e cinco são mulheres (três vivem nas famílias e dois nos internamentos). Finalmente, dos dezassete sujeitos que possuem o 12ºano, dez são do sexo masculino (seis vivem nas famílias, dois nas residências e dois nos internamentos) e sete do feminino (dois vivem nas famílias, três nas residências e dois nos internamentos).

Se levarmos em consideração apenas os níveis de escolaridade mais elevados (9º e 12º ano) concluímos que os homens, embora de forma ligeira níveis académicos mais elevados, já que dos vinte e nove sujeitos (doze com o 9ºano e dezassete com o 12ºano), dezassete são do sexo masculino (um com o 9ºano e seis com o 12ºano que vivem nas famílias, mais três com o 9ºano e dois com o 12ºano que vivem nas residências e ainda mais três com o 9ºano e dois com o 12ºano que vivem nos internamentos) e doze são do feminino (três com o 9ºano e duas com o 12ºano que vivem nas famílias, mais três com o 12ºano que vivem nas residências e ainda mais duas com o 9ºano e duas com o 12ºano que vivem nos internamentos).

**Quadro n.º 30** Caracterização dos grupos pela escolaridade e sexo

Sexo Escolaridade	Famílias (n=34)		Residências Comunitárias (n=32)		Internamento hospitalar (n=35)		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Não sabe ler e escrever	---	---	---	3	1	4	8
Sabe ler e escrever	1		4	1	2	6	14
4ª Classe (1ºciclo)	14	2	3	6	3	6	34
7ºAno (2ºciclo)	2	3	2	5	4	---	16
9º Ano (3ºciclo)	1	3	3	---	3	2	12
12ºAno	6	2	2	3	2	2	17
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>101</b>

No que diz respeito à forma como se relaciona a condição perante o trabalho com o sexo, conforme podemos observar no quadro n.º31 que a seguir apresentamos, dos oitenta e cinco sujeitos que estão reformados por invalidez, quarenta e três são do sexo masculino (dezoito vivem nas famílias, onze nas residências e catorze nos internamentos) e quarenta e dois são do feminino (cinco vivem nas famílias, dezoito nas residências e dezanove nos

internamentos). Embora existindo um grande equilíbrio entre sexos relativamente ao facto de estarem reformados por invalidez, encontramos no entanto mais homens nessas condições integrados nas famílias e mais mulheres nas residências e nos internamentos, o que de alguma forma reproduz o predomínio dos sexos das três sub-amostras. Relativamente aos sete sujeitos que estão empregados, quatro são do sexo masculino (três vivem nas famílias e um nas residências) e três são do feminino e vivem integradas nas famílias. Integravam também a nossa amostra, quatro homens desempregados mas inscritos no centro de emprego (três a viverem nas famílias e um nas residências) e dois também desempregados mas sem qualquer apoio que viviam nas residências comunitárias e uma mulher desempregada que vivia no internamento do hospital e duas de baixa médica que se encontravam a residir com os seus familiares.

**Quadro n.º 31** Caracterização dos grupos pela condição perante o trabalho e sexo

Sexo Condição perante o trabalho	Famílias (n=34)		Residências Comunitárias (n=32)		Internamento hospitalar (n=35)		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Reformado por Invalidez	18	5	11	18	14	19	85
Reformado por Velhice	---	---	---	---	---	---	---
Domestica	---	---	---	---	---	---	---
Empregado	3	3	1	---	---	---	7
Baixa	---	2	---	---	---	---	2
Desempregado	3	---	---	---	1	1	5
Sem apoio	---	---	2	---	---	---	2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>101</b>

Após termos efectuado a caracterização global da nossa amostra, levando em consideração a idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e condição perante o trabalho das pessoas que integraram as três sub-amostras, iremos no ponto seguinte referenciar alguns dos procedimentos desenvolvidos no tratamento e análise da informação empírica recolhida.

#### 4.5. Análise e transformação dos dados

No que diz respeito ao tratamento da informação empírica que foi recolhida por três entrevistadores nas diversas instituições que autorizaram a realização deste estudo



exploratório, que procurava verificar se a integração comunitária de pessoas com psicose esquizofrénica, enquadrada na filosofia da política de saúde mental em Portugal se assume como o melhor instrumento de promoção e melhoria da sua qualidade de vida, constituímos uma base de dados recorrendo a suporte informático, nomeadamente ao SPSS para Windows, versão 10.0..

Em termos descritivos essa base informática foi construída por forma a que se obtivesse um cruzamento de cada sujeito que participou no estudo com cada variável ordinal, por forma a não só podermos analisar a distribuição pormenorizada das respostas de cada sujeito pelas diversas categorias, mas também podermos detectar as diferenças significativas relativamente a cada item particular e depois no global, nos três grupos de inserção definidos (famílias, residências comunitárias e internamentos hospitalares).

Na introdução dos dados recolhidos através da aplicação do nosso questionário, no software específico acima referido, codificamos cada uma das respostas nas diversas categorias das nossas variáveis ordinais em números, atribuindo o “número 1 à categoria nunca/muito insatisfeito/dependente do nosso questionário”, e o “número 5 à categoria sempre/muito satisfeito/independente”. De realçar que nesta transformação dos dados e na respectiva análise resultante tivemos o cuidado de não atribuir nenhuma qualidade aritmética aos números usados, isto é, embora existindo uma ordenação ou hierarquização entre as diversas categorias definidas, os números que usamos para codificação não apresentam entre eles nenhuma relação aritmética ( o 4 não é o dobro do 2 apenas significa que em determinada pessoa esse item é muito frequente e que noutra é raro).

Relativamente á selecção do teste estatístico que nos possibilitasse analisar a distribuição e as diferenças significativas das diversas variáveis ordinais pelos três grupos definidos, após consultarmos variada literatura a esse respeito, a nossa opção recaiu sobre o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. A justificação para tal escolha prende-se com o facto de por um lado nos dar maior garantia de robustez, já que as nossas variáveis, de natureza ordinal, estão basicamente relacionadas com características psicológicas e sociológicas e as nossas sub-amostras têm diferentes dimensões e não são completamente homogéneas. Por outro lado, é o teste não-paramétrico mais adequado para comparar três grupos não relacionados e é o mais potente porque compara o número de vezes que um

valor de um dos grupos tem um número de ordem superior ao dos outros grupos (Bryman & Cramer,1993). Pela aplicação deste comando é possível retirar informações relativamente à média dos números de ordem de cada grupo (Mean Rank), o número de casos que os constitui, a estatística qui-quadrado e o seu nível de significância, conforme descreveremos no capítulo a seguir, onde efectuaremos a apresentação e discussão dos resultados encontrados.

## **Cap. 5**

### **Análise e interpretação dos dados**

## **5. Introdução**

Após termos referido alguns dos aspectos relacionados com o método, iremos nesta parte do trabalho descrever e analisar os resultados encontrados, o que nos possibilitará a compreensão e interpretação do objecto de estudo bem como a verificação da pertinência da hipótese explicativa formulada.

À medida que formos apresentando os dados recolhidos, vamos tentar, sempre que possível, articular essa informação quer com o nosso quadro teórico quer com resultados encontrados por outros investigadores que se movimentaram em torno de problemáticas afins, de forma a melhor compreendermos e fundamentarmos as nossas conclusões.

### **5.1. Descrição dos resultados**

No que respeita à apresentação da informação recolhida relativamente a cada item vamos seguir de perto a estrutura do instrumento que utilizamos e que já caracterizamos anteriormente. Assim, em primeiro lugar iremos descrever as diferenças de resultados encontrados entre o grupo dos utentes integrados nas famílias, nas residências comunitárias e nos internamentos hospitalares, (recorrendo a quadros e/ou gráficos que facilitarão o processo de análise e interpretação) relativamente ao domínio físico seguido do domínio psicológico e do domínio social, aspectos que se enquadram na caracterização bio-psico-social. Finalmente vamos apresentar os dados que nos possibilitarão caracterizar e comparar cada uma das nossas sub-amostras em termos do grau de satisfação face à qualidade de vida e nível de funcionalidade nas várias esferas de funcionamento (autonomia de base, residencial e comunitária). De qualquer forma apesar de termos optado por este tipo de procedimento descritivo, não deixaremos de efectuar uma análise global dos dados, já que só através de uma apreciação geral conseguiremos clarificar da existência ou não de diferentes padrões de qualidade de vida, em função do local onde estas pessoas com esquizofrenia se encontram inseridas.

Relembramos que a hipótese por nós formulada se prende, conforme já definimos anteriormente, com o facto da integração comunitária de pessoas com psicose

esquizofrénica, enquadrada na filosofia da política de saúde mental em Portugal, (embora ainda com pouca implementação efectiva de estruturas comunitárias, o que empurra as famílias para o principal suporte social) promover a melhoria da qualidade de vida e satisfação face à vida. Iniciemos então essa caracterização e respectiva análise.

### 5.1.1. Domínio físico - caracterização bio-psico-social

Em termos do “domínio físico”, que se enquadra na caracterização bio-psico-social do nosso questionário e que integra os primeiros nove itens do nosso questionário, através do teste Kruskal-Wallis, apenas encontramos diferenças muito significativas entre o grupo de utentes que se encontram a residir nas famílias, nas residências comunitárias e nos internamentos hospitalares relativamente aos itens “tremores” e “toma da medicação”, e diferenças pouco significativas relativamente ao item “falta de apetite”.

No quadro n.º32 efectuamos a caracterização dos nossos três grupos relativamente aos nove itens que integram este domínio físico, analisando em seguida com mais pormenor cada um dos itens.

**Quadro n.º 32** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio físico

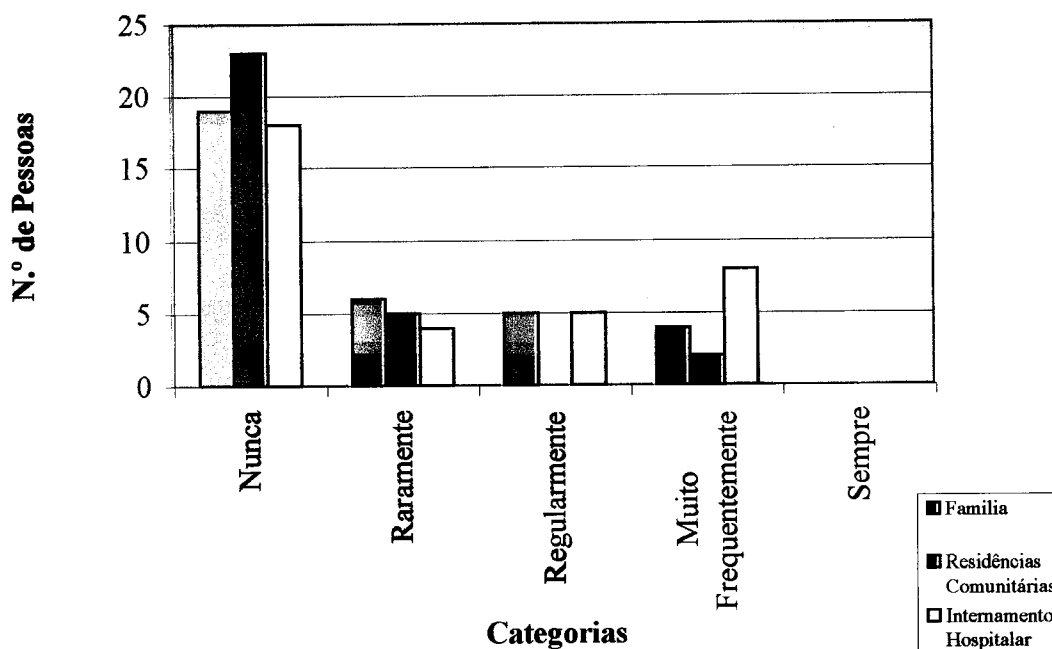
Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Dificuldades em dormir</b>	Nunca	16	18	20	0,243	0,886 NS
	Raramente	9	5	5		
	Regularmente	3	2	3		
	Muito Frequentemente	6	6	7		
	Sempre	0	1	0		
	Mean rank	52,7	50,3	49,7		
<b>Falta de Apetite</b>	Nunca	19	25	18	7,033	0,030 *
	Raramente	6	5	4		
	Regularmente	5	0	5		
	Muito Frequentemente	4	2	8		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	53,21	41,45	57,59		

Conclusão do Quadro n.º 32 Análise comparativa das frequências para os itens no domínio físico

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal-Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Desmaios ou perda da consciência	Nunca	30	27	30	0,160	0,923 NS
	Raramente	2	4	5		
	Regularmente	1	0	0		
	Muito Frequentemente	1	1	0		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	50,1	51,8	51,0		
Dores de cabeça	Nunca	11	11	17	0,988	0,610 NS
	Raramente	7	12	3		
	Regularmente	8	5	5		
	Muito Frequentemente	8	4	10		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	54,7	48,1	49,9		
Dores de barriga	Nunca	19	17	18	0,751	0,687 NS
	Raramente	10	7	6		
	Regularmente	2	4	5		
	Muito Frequentemente	3	4	6		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	48,0	51,3	53,6		
Outras dores ou problemas físicos	Nunca	10	18	18	3,936	0,140 NS
	Raramente	10	6	7		
	Regularmente	8	4	2		
	Muito Frequentemente	6	4	8		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	58,2	45,2	49,2		
Boa forma física	Nunca	2	4	1	3,122	0,210 NS
	Raramente	10	7	19		
	Regularmente	9	7	5		
	Muito Frequentemente	8	8	9		
	Sempre	5	6	1		
	Mean rank	54,1	55,0	44,2		
Tremores	Nunca	20	25	31	8,934	0,012 **
	Raramente	7	6	2		
	Regularmente	3	1	1		
	Muito Frequentemente	3	0	1		
	Sempre	1	0	0		
	Mean rank	59,9	48,7	44,4		
Toma de medicamento s sem prescrição	Nunca	22	29	32	10,970	0,004 **
	Raramente	10	3	3		
	Regularmente	1	0	0		
	Muito Frequentemente	1	0	0		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	60,0	46,6	46,2		

Relativamente ao item “falta de apetite” (gráfico 1), embora os resultados do teste apresentem diferenças pouco significativas, não deixa de ser interessante o facto de serem as pessoas que estão integradas nas residências comunitárias aquelas que em maior número, nunca ou raramente apresentam falta de apetite (respectivamente vinte e cinco versus cinco), por comparação com os que estão integrados na família (dezanove versus seis) e no internamento hospitalar (dezoito versus quatro). Pensamos que esta situação possa estar relacionada com o facto de serem as próprias pessoas que estão integradas nas residências que, de forma autónoma e mais independente, confeccionam as refeições, melhorando e personalizando as opções em termos da confecção e por conseguinte aumentando a probabilidade de correspondência às expectativas ou gostos pessoais. Esta ideia poderá ainda ser reforçada pelo facto de, embora não sendo significativo, serem as pessoas que se encontram a residir no internamento aquelas que mais apresentam falta de apetite por estarem sujeitas as imposições institucionais e portanto a dietas alimentares pouco personalizadas. Os utentes que estão integrados nas famílias, como frequentam o Serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Hospital Magalhães Lemos diariamente, têm direito a almoço no hospital, idêntico em termos de qualidade e opção às pessoas que se encontram internadas. De qualquer forma não deixa de ser importante enfatizar que se partirmos do pressuposto que a ausência de apetite poderá interferir no bem-estar das pessoas e por conseguinte, a esta escala, na própria qualidade de vida, a este nível serão os utentes que se encontram integrados nestas residências comunitárias específicas que apresentarão melhores níveis de qualidade de vida.

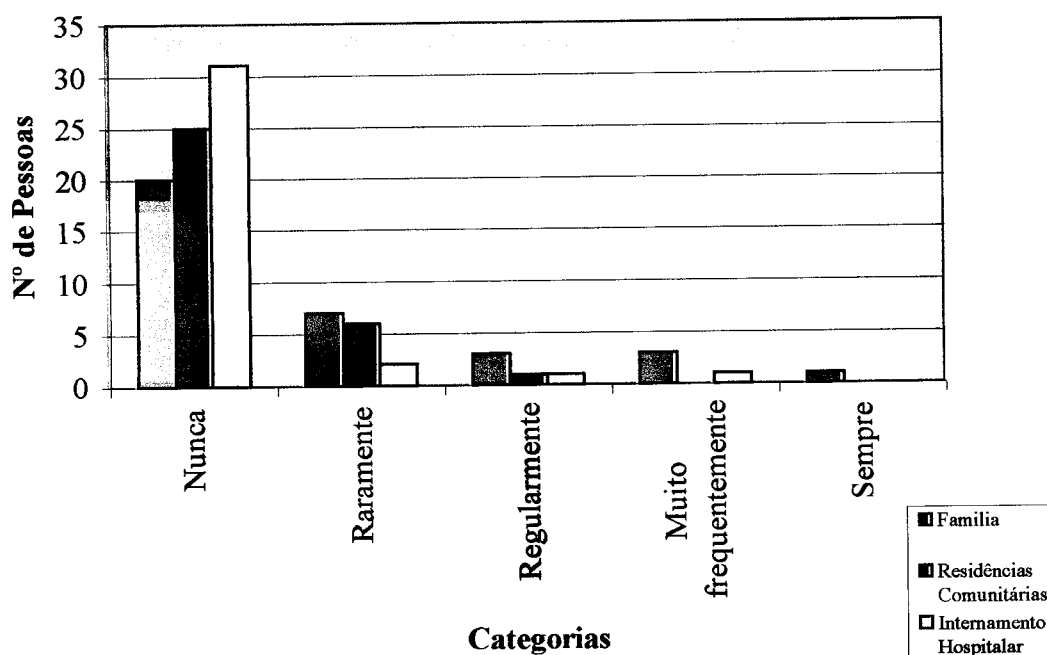
**Gráfico n.º1** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "falta de apetite"



Relativamente ao item “tremores” (gráfico 2) os grupos apresentam diferenças significativas e a observação dos dados quadro permite-nos concluir que são os utentes que se encontram integrados na família aqueles que mais identificam a presença deste sintoma (três referenciam sentir tremores com regularidade, três com muita frequência e um sempre) por comparação com os que se encontram a residir nas estruturas comunitárias (um referencia com regularidade) e no internamento hospitalar (um regularmente e um muito frequentemente). Se levamos em linha de conta que o sintoma é descrito por estas pessoas como algo que não está sempre presente e que são as pessoas que vivem com os seus familiares aqueles que apresentam uma idade mais jovem, podemos eventualmente relacionar esta sensação de tremor como sendo um sintoma mais de origem psicossomática do que propriamente fisiológica e portanto eventualmente associado a uma sensação subjectiva de mal estar e de comportamento mais apelativo.



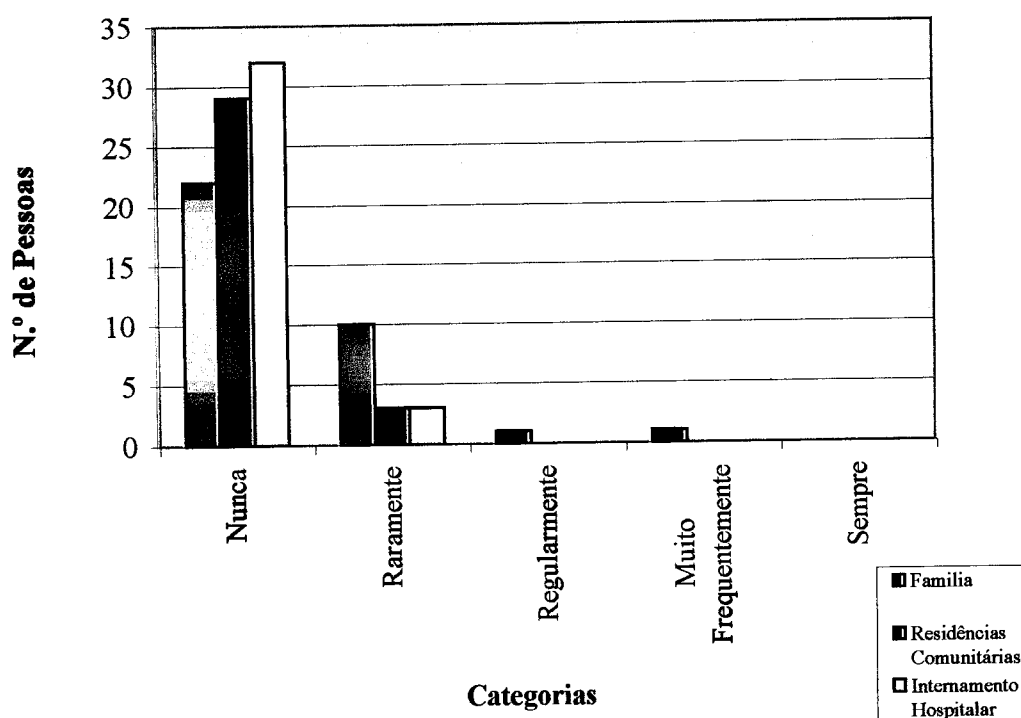
**Gráfico n.º2** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "tremores"



Um outro item que também apresenta diferenças significativas entre os grupos refere-se à “toma de medicamentos não prescritos por médicos” (gráfico 3). Da análise dos dados apresentados podemos observar que apesar da maioria dos utentes dos três grupos referenciarem nunca tomarem medicamentos não prescritos pelos médicos, dez dos utentes integrados nas famílias referem que, embora sendo raro, adoptam este tipo de atitude e um utente refere que o faz com muita frequência e outro que o faz sempre. Pensamos que esta situação pode estar relacionada fundamentalmente com o acesso aos profissionais de saúde e pelo controle exercido por estes. Assim, enquanto as pessoas que vivem no hospital ou nas estruturas comunitárias (estas menos do que os que estão no hospital o que torna os dados mais relevantes) estão por um lado mais tempo com os vários profissionais de saúde, podendo portanto sempre que necessitarem pedir ajuda e por outro podem ser mais facilmente “controlados” quanto às tomas prescritas e não prescritas. No caso dos utentes integrados nas famílias esse “controle” já escapa mais aos profissionais, recaindo sobre a alçada dos familiares ou dos próprios utentes, facilitando portanto adopção de comportamentos de auto-medicação. Se relacionarmos a presença de

dores de cabeça ou outro tipo de dores (quadro nº1) com a toma de medicação sem prescrição verificamos que os utentes integrados nas famílias as referem com alguma regularidade que poderá facilitar a toma de medicamentos não prescritos, reproduzindo-se uma prática que é tida como generalizada na sociedade portuguesa e portanto na maioria das famílias portuguesas, a auto-administração de fármacos.

**Gráfico n.º3** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "toma de medicação sem prescrição"



Relativamente aos outros itens avaliados neste domínio físico (quadro nº1) e apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos, pensamos ser relevante tecer algumas considerações que nos ajudem a reflectir e analisar a problemática na sua globalidade.

Relativamente ao “padrão do sono”, a grande maioria das pessoas com esquizofrenia que participaram neste estudo, independentemente do local onde estão inseridas, referem não terem ou raramente terem dificuldades em dormir (vinte e cinco

utentes integrados nas famílias, vinte e três nas residências e vinte e cinco nos internamentos hospitalares o que corresponde a um total de setenta e três utentes). É interessante verificar que o meio não produz, no caso particular destas pessoas, dificuldades em termos do padrão de sono, o que pode significar uma boa adaptabilidade destas pessoas em relação ao local onde estão inseridas e que existe alguma estabilidade em termos das rotinas e dinâmicas relacionais, que não interferem nos momentos de sono. De qualquer forma é importante realçar que a maior parte das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia efectuem medicação que ajuda a regular o padrão de sono.

Em termos dos “desmaios ou perda da consciência”, não sendo um sintoma característico deste quadro nosológico, a maior parte das pessoas que participaram neste estudo referiram nunca ter tido nenhum tipo de episódio (trinta dos que estão inseridos nas famílias, vinte e sete das residências e trinta dos internamentos hospitalares o que corresponde a um total de oitenta e sete utentes). Não se trata contudo de uma variável que, neste estudo, se apresente como fundamental para analisar a qualidade de vida das pessoas com psicose esquizofrénica em função do contexto onde estão inseridas.

No que diz respeito a incidência de “dores de cabeça”, “dores de barriga” ou “outro tipo de dores”, que de alguma forma poderiam configurar sintomas de origem psicossomática, relacionados com mau estar e portanto influenciando a qualidade de vida, o teste não-paramétrico que utilizamos não referenciou valores significativos aquando da comparação dos três grupos. Em termos globais a maioria das respostas nas três sub-amostras apresentam valores muito idênticos e centraram-se na ausência ou na raridade da presença destes tipo de sintomas. No entanto, relativamente às “dores de cabeça” e a “outro tipo de dores” foram os utentes que se encontram integrados nas residências que menos as referiram. A “dor de barriga” foi o tipo de dor menos referenciado e surgiu com menor incidência nos utentes inseridos nas famílias (três sujeitos que residem com os familiares dizem senti-lo com muita frequência e dois regularmente, enquanto os que vivem nas residências quatro sujeitos referiram sentir este tipo de dores com muita frequência e também quatro com regularidade, e das pessoas que estão inseridas nos internamentos seis referiram sentir dores de barriga com muita frequência e cinco regularmente).

Em termos da percepção de se encontrarem em “boa forma física” é de realçar que foram os utentes que se encontram a residir no internamento hospitalar aqueles que menos se consideram em forma (um nunca se considera e dezanove raramente se consideram com boa forma física). Por outro lado, os utentes que acham que estão sempre em boa forma encontram-se inseridos nas residências (seis pessoas) e nas famílias (cinco utentes).

Em síntese e relativamente ao domínio físico não fica claro das informações que recolhemos que existe um contexto de inserção que proporcione melhor qualidade de vida às pessoas que apresentam uma psicose esquizofrénica. De qualquer forma se atendermos não só aos itens que apresentam diferenças significativas (tremores, toma de medicação não prescrita e falta de apetite) mas também aos restantes em que não se verificaram diferenças muito significativas e se considerarmos que de facto, nas vivências reais do dia-a-dia estes aspectos poderão interferir de uma forma directa ou indirecta na qualidade de vida dos diversos sujeitos, então parece-nos que os utentes que se encontram inseridos nas estruturas comunitárias são aqueles que apresentam melhor qualidade de vida, já que são os que têm menos falta de apetite e que conjuntamente com os que residem nos internamentos menos declararam tomar medicação não prescrita e menos referiram a presença de tremores com muita frequência, que menos referenciaram terem tido dores de cabeça ou outros problemas físicos e que mais declararam sentir-se em boa forma física.

### **5.1.2. Domínio psicológico - caracterização bio-psico-social**

Em termos do “domínio psicológico” que se enquadra na parte da caracterização bio-psico-social do nosso questionário e que integra trinta e três itens (quadro nº33), apenas encontramos diferenças muito significativas entre o grupo de utentes que se encontram a residir nas famílias, nas residências comunitárias e nos internamentos hospitalares, relativamente aos itens “dificuldades em tomar decisões” e “sentimento de culpa por as coisas não terem corrido bem”. Como resultado também da aplicação do teste Kruskal-Wallis foram registados ainda valores significativos para os itens “impressão que algo terrível iria acontecer” e “mau humor”, e pouco significativos para os itens “repetição de ideia ou pensamento”, “concentração”, “solidão” e finalmente “dificuldade em controlar os sentimentos”.

**Quadro n.º 33** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio psicológico

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Calmo ou relaxado</b>	Nunca	3	2	0	0,235	0,889 NS
	Raramente	7	6	10		
	Regularmente	6	12	6		
	Muito Frequentemente	13	7	17		
	Sempre	5	5	2		
	Mean rank	52,10	49,02	51,74		
<b>Repetição de ideia ou pensamento</b>	Nunca	14	17	12	6,303	0,043 *
	Raramente	4	8	4		
	Regularmente	6	3	4		
	Muito Frequentemente	10	4	14		
	Sempre	0	0	1		
	Mean rank	52,21	41,56	58,46		
<b>Facilmente irritável</b>	Nunca	9	15	11	2,893	0,235 NS
	Raramente	10	9	14		
	Regularmente	8	2	4		
	Muito Frequentemente	7	6	6		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	56,76	45,03	50,86		
<b>Verbalização de coisas estranhas ou estúpidas</b>	Nunca	17	21	17	2,404	0,301 NS
	Raramente	7	6	11		
	Regularmente	6	3	2		
	Muito Frequentemente	4	2	5		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	54,19	45,00	53,39		
<b>Sensações ou sentimentos bizarros</b>	Nunca	13	22	17	5,680	0,058 NS
	Raramente	10	5	10		
	Regularmente	3	1	3		
	Muito Frequentemente	8	4	5		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	58,28	42,53	51,67		
<b>Optimismo em relação ao futuro</b>	Nunca	9	4	5	0,774	0,679 NS
	Raramente	8	5	12		
	Regularmente	3	10	2		
	Muito Frequentemente	10	11	15		
	Sempre	4	2	1		
	Mean rank	48,34	54,39	50,49		
<b>Feliz por relação com os outros que aparentavam felicidade</b>	Nunca	6	7	3	0,726	0,696 NS
	Raramente	9	8	10		
	Regularmente	5	7	3		
	Muito Frequentemente	8	10	16		
	Sempre	6	0	3		
	Mine rank	51,74	44,11	56,59		

Continuação do Quadro n.º 33 Análise comparativa das frequências para os itens no domínio psicológico

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Impressão que algo terrível poderia acontecer</b>	Nunca	20	25	13	12,374	0,002 **
	Raramente	6	5	11		
	Regularmente	3	2	3		
	Muito Frequentemente	4	0	7		
	Sempre	1	0	1		
	Mean rank	51,09	39,19	61,71		
<b>Dificuldade em tomar decisões</b>	Nunca	7	12	3	14,891	0,001 ***
	Raramente	6	6	5		
	Regularmente	9	7	3		
	Muito Frequentemente	10	7	22		
	Sempre	2	0	2		
	Mean rank	49,60	37,91	64,33		
<b>Autoconfiança</b>	Nunca	3	2	3	0,003	0,998 NS
	Raramente	7	6	9		
	Regularmente	7	8	1		
	Muito Frequentemente	11	12	20		
	Sempre	6	4	2		
	Mean rank	51,19	51,00	50,81		
<b>Satisfação com o seu desempenho nas diversas actividades</b>	Nunca	2	0	2	2,265	0,322 NS
	Raramente	1	1	6		
	Regularmente	8	8	6		
	Muito Frequentemente	16	18	17		
	Sempre	7	5	4		
	Mean rank	53,41	54,50	45,46		
<b>Concentração</b>	Nunca	0	0	0	6,348	0,042 *
	Raramente	12	2	13		
	Regularmente	1	9	8		
	Muito Frequentemente	14	17	12		
	Sempre	7	4	2		
	Mean rank	53,16	58,61	41,94		
<b>Segurança</b>	Nunca	5	1	6	0,260	0,878 NS
	Raramente	7	4	5		
	Regularmente	3	9	2		
	Muito Frequentemente	12	13	17		
	Sempre	7	5	5		
	Mean rank	49,87	53,08	50,20		
<b>Sentir-se bem com a sua Imagem pessoal</b>	Nunca	1	1	1	0,112	0,946 NS
	Raramente	8	6	8		
	Regularmente	8	10	5		
	Muito Frequentemente	11	7	19		
	Sempre	6	8	2		
	Mean rank	50,35	52,38	50,37		

Continuação do **Quadro n.º 33** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio psicológico

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Culpado por as coisas não correrem bem</b>	Nunca	12	22	27	13,250	0,001 ***
	Raramente	9	5	3		
	Regularmente	6	2	3		
	Muito Frequentemente	6	3	1		
	Sempre	1	0	1		
	Mean rank	63,93	46,36	42,69		
<b>Ideias pouco claras</b>	Nunca	11	10	5	3,529	0,171 NS
	Raramente	6	8	11		
	Regularmente	8	6	2		
	Muito Frequentemente	7	8	17		
	Sempre	2	0	0		
	Mean rank	48,35	46,00	58,14		
<b>Mau Humor</b>	Nunca	10	12	3	10,421	0,006 **
	Raramente	10	14	15		
	Regularmente	7	4	6		
	Muito Frequentemente	6	2	11		
	Sempre	1	0	0		
	Mean rank	51,12	39,38	61,51		
<b>Estado cólera que levou a partir objectos</b>	Nunca	28	18	34	3,588	0,166 NS
	Raramente	5	2	1		
	Regularmente	1	1	0		
	Muito Frequentemente	0	1	0		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	55,07	50,69	47,33		
<b>Estado de cólera que levou a bater em alguém</b>	Nunca	27	28	33	3,943	0,139 NS
	Raramente	5	4	2		
	Regularmente	1	0	0		
	Muito Frequentemente	0	0	0		
	Sempre	1	0	0		
	Mean rank	54,29	51,98	46,90		
<b>Mudanças de humor sem motivo</b>	Nunca	17	17	15	1,333	0,514 NS
	Raramente	5	9	11		
	Regularmente	5	4	1		
	Muito Frequentemente	7	2	8		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	52,46	46,47	53,73		
<b>Tentativa de suicídio</b>	Nunca	18	25	22	5,664	0,059 NS
	Raramente	3	4	6		
	Regularmente	7	1	3		
	Muito Frequentemente	5	2	3		
	Sempre	1	0	1		
	Mean rank	57,97	43,31	51,26		

Continuação do Quadro n.º 33 Análise comparativa das frequências para os itens no domínio psicológico

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Solidão	Nunca	6	8	7	8,273	0,016 *
	Raramente	5	8	3		
	Regularmente	6	6	2		
	Muito Frequentemente	9	9	10		
	Sempre	8	1	13		
	Mean rank	52,76	39,72	59,60		
Falar sozinho	Nunca	16	21	18	2,543	0,280 NS
	Raramente	6	4	5		
	Regularmente	5	2	1		
	Muito Frequentemente	5	5	11		
	Sempre	2	0	0		
	Mean rank	54,25	44,81	53,50		
Impressão que diziam mal de si	Nunca	11	16	15	4,013	0,135 NS
	Raramente	7	9	7		
	Regularmente	5	3	5		
	Muito Frequentemente	11	4	7		
	Sempre	0	0	1		
	Mean rank	57,62	43,88	51,09		
Confiança nos outros	Nunca	5	3	13	0,120	0,942 NS
	Raramente	5	9	0		
	Regularmente	9	5	2		
	Muito Frequentemente	14	12	17		
	Sempre	1	3	3		
	Mean rank	50,26	52,41	50,43		
Iniciativa para comunicar	Nunca	4	7	5	1,102	0,576 NS
	Raramente	8	6	11		
	Regularmente	6	5	2		
	Muito Frequentemente	10	13	12		
	Sempre	6	1	5		
	Mean rank	54,32	47,03	51,40		
Os outros puderam contar consigo	Nunca	1	0	5	5,423	0,067 NS
	Raramente	5	1	4		
	Regularmente	5	6	1		
	Muito Frequentemente	16	16	24		
	Sempre	7	9	1		
	Mean rank	50,84	58,98	43,86		
Pessoas com quem pode contar na falta de dinheiro	Nunca	6	12	8	3,980	0,137 NS
	Raramente	5	7	10		
	Regularmente	4	1	2		
	Muito Frequentemente	14	9	12		
	Sempre	5	3	3		
	Mean rank	58,19	44,42	50,03		



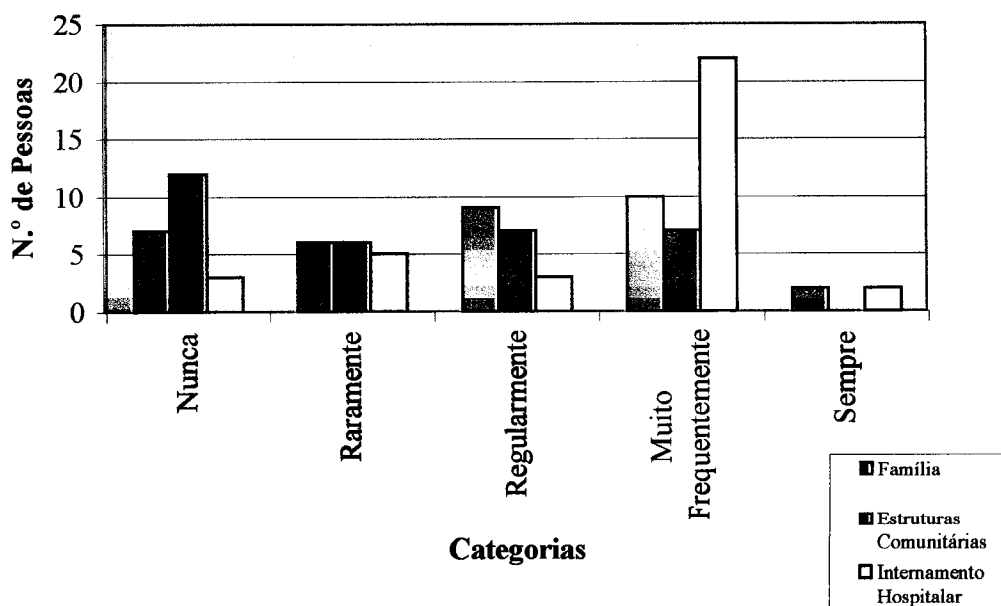
Conclusão do **Quadro n.º 33** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio psicológico

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Pessoas com que podem ajudar num problema pessoal</b>	Nunca	3	7	10	3,090	0,213 NS
	Raramente	8	8	8		
	Regularmente	6	4	2		
	Muito Frequentemente	13	12	13		
	Sempre	4	1	2		
	Mean rank	57,88	48,11	46,96		
<b>Sentir que os outros estão dispostos a colaborar</b>	Nunca	4	2	4	0,022	0,989 NS
	Raramente	11	7	8		
	Regularmente	4	12	7		
	Muito Frequentemente	11	11	16		
	Sempre	4	0	0		
	Mean rank	51,00	50,47	51,49		
<b>À vontade com os outros</b>	Nunca	0	0	0	0,685	0,710 NS
	Raramente	11	3	11		
	Regularmente	3	12	4		
	Muito Frequentemente	14	12	17		
	Sempre	6	5	3		
	Mean rank	51,15	53,86	48,24		
<b>Dificuldade em falar com os outros</b>	Nunca	6	8	8	0,043	0,979 NS
	Raramente	11	7	11		
	Regularmente	8	9	4		
	Muito Frequentemente	8	7	12		
	Sempre	1	1	0		
	Mean rank	51,78	50,36	50,83		
<b>Dificuldade em controlar sentimentos</b>	Nunca	12	13	7	6,142	0,046 *
	Raramente	7	12	11		
	Regularmente	7	3	4		
	Muito Frequentemente	8	4	13		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	50,85	42,16	59,23		

Analisando separadamente os itens que apresentaram diferenças significativas, relativamente às “dificuldades em tomar decisões” (gráfico 4), que poderemos interpretar como o facto dessas pessoas serem mais indecisas e apresentarem uma maior dependência em relação a terceiros, os utentes que se encontram a residir nos internamentos hospitalares são aqueles que referenciam maiores dificuldades (vinte e dois sujeitos referiram que têm com muito frequência dificuldades em tomar decisões e três regularmente). Os utentes que se encontram integrados nas famílias, comparativamente

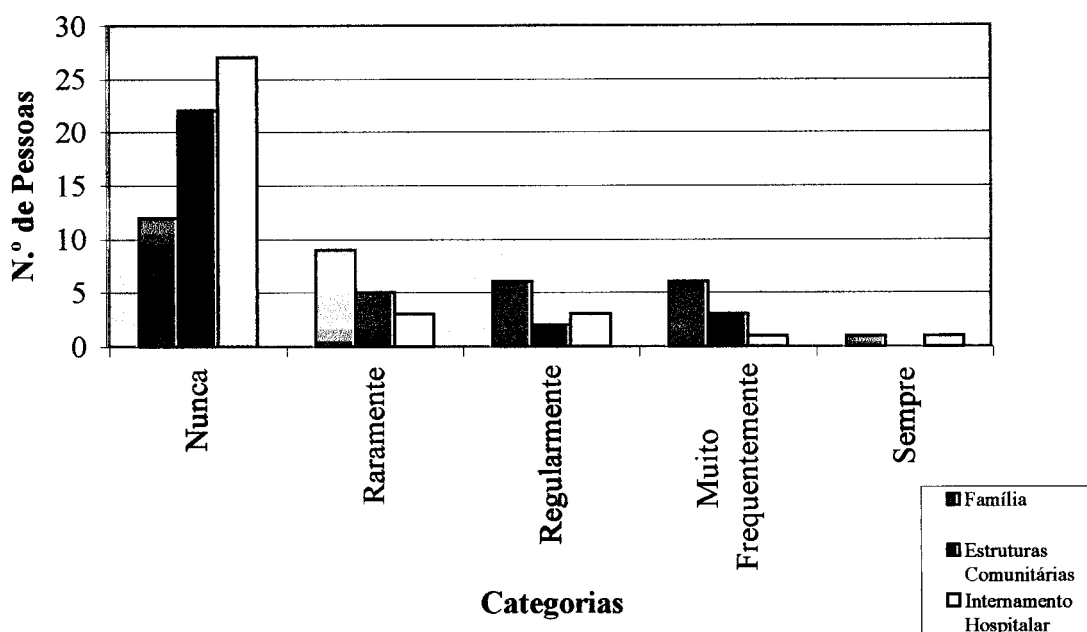
com o grupo anterior, são em menor número os que apresentam este tipo de dificuldades (apenas dez referem ter dificuldades em tomar decisões com muita frequência e nove de forma regular) bem como os que se encontram a residir nas residências comunitárias (sete sujeitos referem ter dificuldades em tomar decisões com muita frequência, sete com regularidade e doze referem que nunca têm dificuldades em tomar decisões). Esta diferença significativa encontrada para o grupo das famílias com maior número de indivíduos a declararem “dificuldades em tomar decisões” poderá estar relacionada com o facto dos utentes que se encontram a residir com os seus familiares apresentarem uma relação de maior dependência, ou seja, por acomodação ou por imposição dos seus familiares acabam por funcionar mais na base das expectativas e motivações dos seus familiares do que deles próprios. Por conseguinte, se ponderarmos que da aplicação do teste estatístico resultaram, relativamente a este item, valores altamente significativos, podemos concluir que os utentes que estão inseridos nos internamentos hospitalares, dependentes na tomada de decisões dos profissionais das instituições e eventualmente dos familiares ou de outras figuras significativas, em conjunto com os utentes inseridos nas famílias (embora menos que os anteriores), dependentes também dos seus familiares ou de outras figuras significativas apresentam níveis de controle sobre as suas vidas inferiores à dos utentes inseridos nas residências comunitárias e portanto eventualmente menos qualidade de vida.

**Gráfico n.º 4** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "dificuldade em tomar decisões"



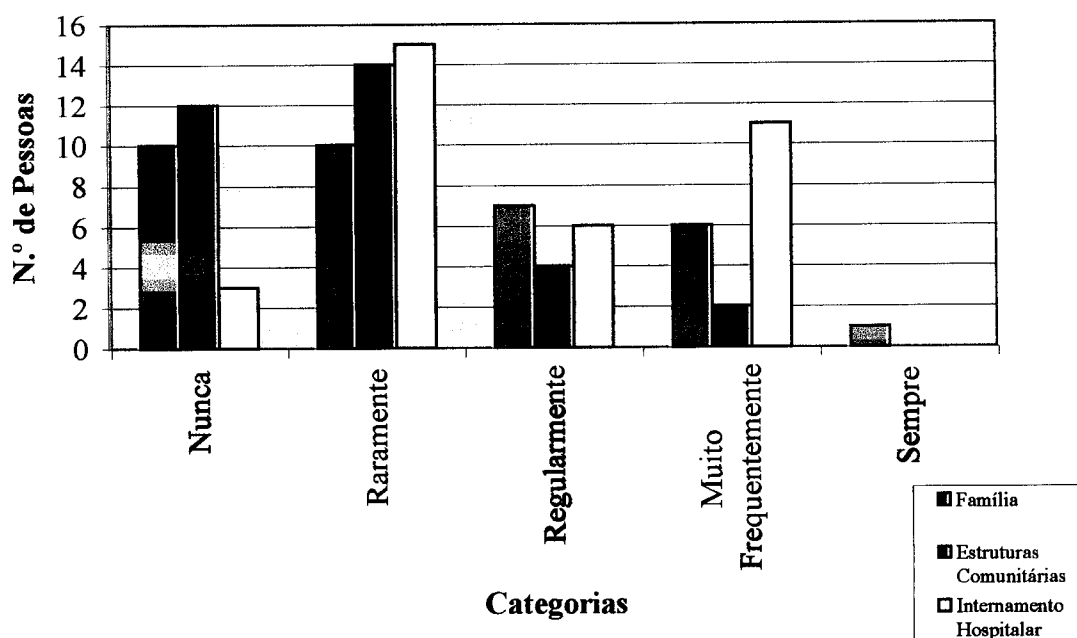
Um outro item do qual pela aplicação do teste Kruskal-Wallis resultaram diferenças muito significativas está relacionado com a “sensação de culpa por as coisas não terem corrido bem” (gráfico 5). É interessante verificarmos que são os utentes que se encontram inseridos nas famílias aqueles que mais declaram considerar-se culpados por as coisas terem corrido mal (seis sujeitos referem senti-lo com regularidade, seis com muita frequência e um refere senti-lo sempre) por comparação com os sujeitos que se encontram a residir nas residências comunitárias (duas pessoas referem senti-lo com regularidade e três com muita frequência) e nos internamentos hospitalares (três sujeitos referem senti-lo com regularidade, um com muita frequência e um outro refere senti-lo sempre). A explicação que eventualmente podemos apontar para esta situação pode estar relacionada com o facto destas pessoas estando inseridas junto das famílias, com contextos relacionais e emocionais particulares, sentirem mais a pressão que de forma directa ou indirecta lhes é imposta pelos familiares. Esta situação vivenciada na instituição familiar poderá produzir sensações de mal estar, culpabilidade, de serem um peso para a organização familiar e portanto interferir negativamente na qualidade de vida destas pessoas.

**Gráfico n.º 5** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "culpado por as coisas não correrem bem"



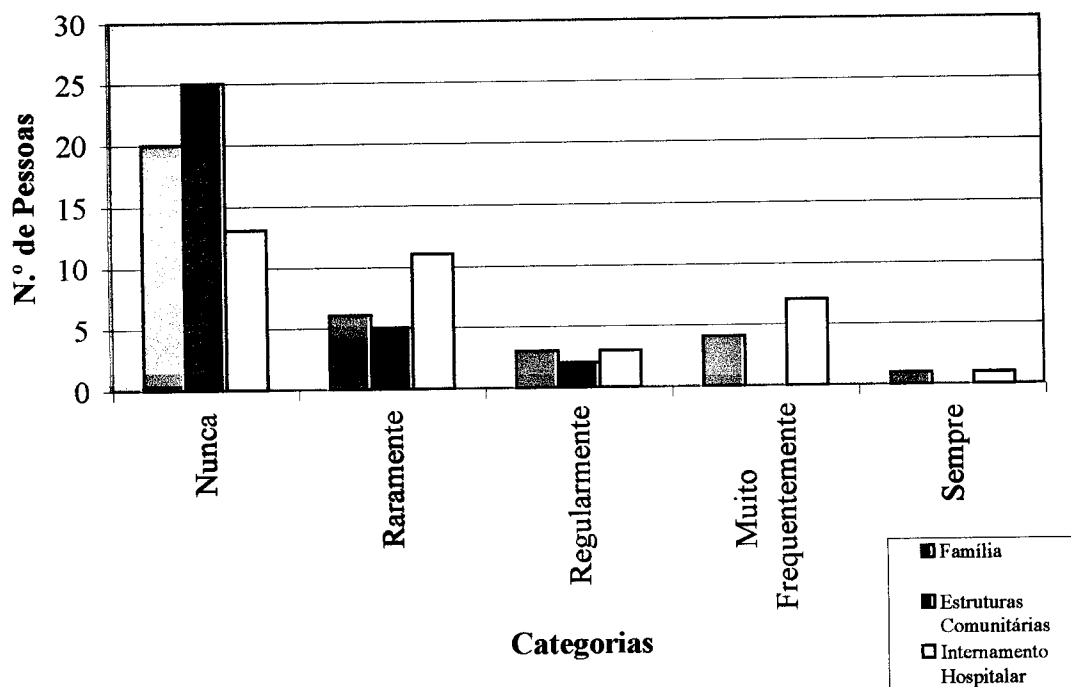
Relativamente ao item em que se procurava caracterizar o “estado de humor” destes sujeitos em função do contexto de inserção (gráfico 6), encontramos diferenças significativas entre os grupos. As pessoas que referem sentir-se mal humorados com regularidade ou com muita frequência encontram-se maioritariamente inseridos nos internamentos hospitalares (seis versus onze respectivamente). Os utentes que se encontram inseridos nas estruturas comunitárias são os menos dizem sentir-se mal humorados (apenas quatro referem estar mal humorados com regularidade e dois com muita frequência). No grupo dos que vivem junto com os seus familiares, sete referem andar mal humorados com regularidade e seis com muita frequência. Se partirmos do pressuposto que o estado de humor é uma dimensão importante nas vida das pessoas, isto é, quanto melhor humoradas estiverem as pessoas, melhor elas se sentirão com elas próprias e com o meio que as rodeia e vice-versa, então podemos eventualmente concluir, em função deste item, que serão os sujeitos que se encontram a residir nas estruturas comunitárias aqueles que apresentam melhor qualidade de vida.

**Gráfico n.º 6** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "mau humor"



Encontramos também diferenças significativas entre os grupos no item relacionado com a “impressão dos sujeitos relativamente ao acontecimento de algo de terrível nas suas vidas” (gráfico 7). Mais uma vez foram os sujeitos que se encontram a residir nas residências comunitárias aqueles que menos dizem ter tido essa sensação (apenas dois referiram ter essa sensação com regularidade) e foram as pessoas que se encontram inseridas nos internamentos hospitalares as que mais declararam ter tido essas sensações (três referiram senti-lo com regularidade, sete com muita frequência e uma sempre). Dos indivíduos que vivem junto dos seus familiares três referiram ter a sensação de que algo terrível poderia acontecer com regularidade, quatro com muita frequência e um sempre. Se enquadrarmos a análise desta situação num ponto de vista psicopatológico ou eventualmente emocional, aquilo que poderemos referir é que eventualmente sendo este aspecto um sintoma de alguma desadequação psicológica ou de algum mal estar emocional que necessariamente influencia a qualidade de vida, aqueles que menos o apresentam são os sujeitos que estão inseridos nas residências comunitárias, sendo portanto, desta perspectiva os que apresentam melhor qualidade de vida.

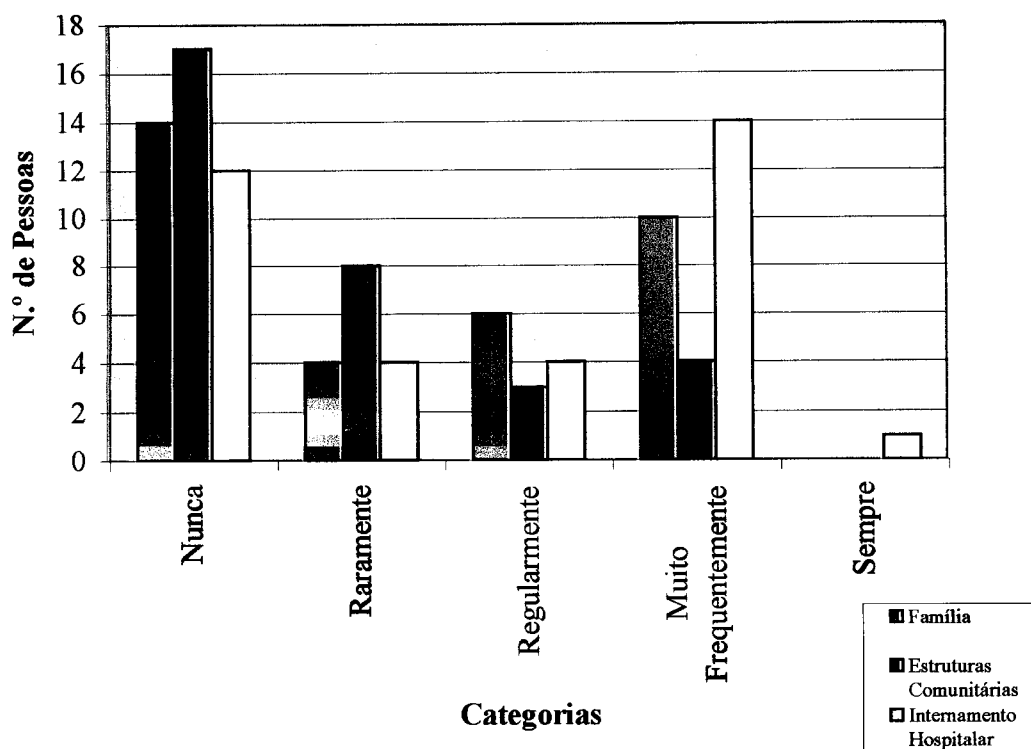
**Gráfico n.º 7** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "impressão que algo terrível poderia acontecer"



Relativamente ao item “repetição de ideia ou pensamento” (gráfico 8), onde procurávamos de alguma forma também recolher alguns indicadores que nos possibilitasse caracterizar os diversos sujeitos em função da adequação psicopatológica, encontramos diferenças pouco significativas entre os três grupos. Em paralelo com os resultados do item anteriormente exposto foi o grupo dos que se encontram inseridos nas estruturas comunitárias aqueles que menos referiram “ter de forma obsessiva sempre presente a mesma ideia ou pensamento” (dezassete referiram nunca lhes acontecer isto e oito apenas raramente), ao contrário das pessoas que se encontram a residir nos internamentos hospitalares que foram as que mais auto-referenciaram esta situação (quatro referiram acontecer-lhes com regularidade, catorze com muita frequência e um sempre). No que diz respeito aos utentes que residem com os seus familiares, a situação não difere muito dos que vivem no hospital, já que também seis verbalizaram que esta situação acontece-lhes com regularidade e dez com muita frequência. Parece poder concluir-se relativamente a este aspecto, que, tal como relativamente ao item anterior (sensação que algo terrível

poderia acontecer), são os sujeitos que estão inseridos nas estruturas comunitárias aqueles que menos referem a presença obsessiva de ideias ou pensamentos, o que em termos globais parece demonstrar quem são estas pessoas que apresentam melhor ajustamento psicológico, por conseguinte menos interferências na sua funcionalidade geral e portanto melhor qualidade de vida.

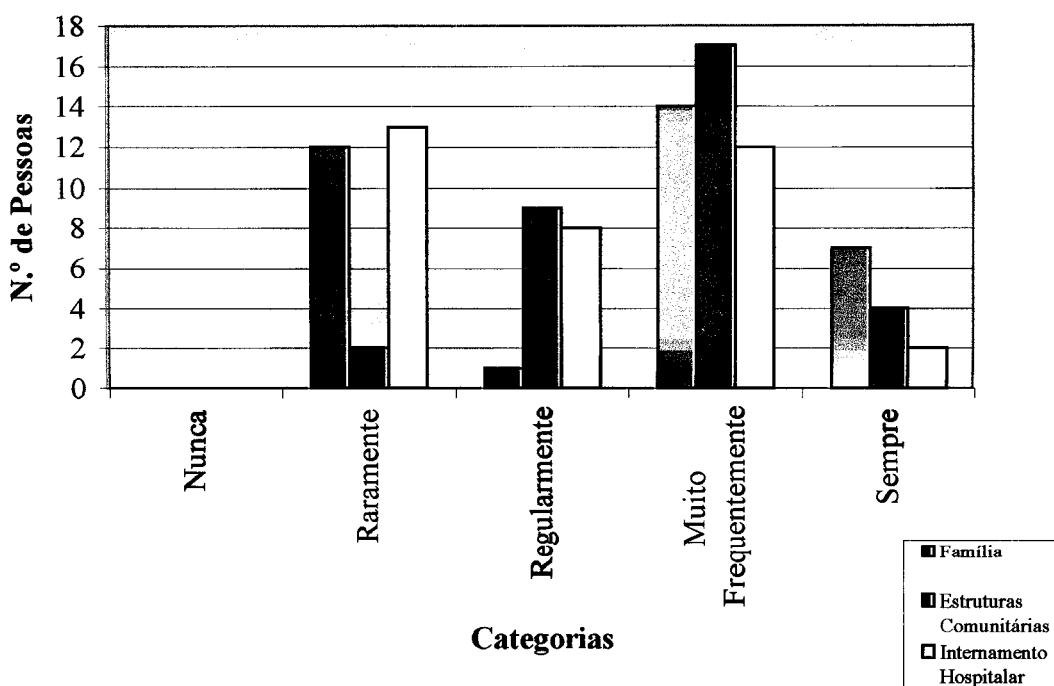
**Gráfico n.º 8** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "repetição de ideia ou pensamento"



Em termos da “capacidade de concentração” (gráfico 9) encontramos diferenças pouco significativas entre os grupos. São os sujeitos que estão inseridos nas estruturas comunitárias os que referem maior capacidade de concentração (dezassete dizem conseguir-se concentrar com muita frequência e quatro sempre). Os utentes que estão inseridos nos internamentos hospitalares também referenciam maiores défices ao nível desta competência cognitiva (apenas doze refere conseguir concentrar-se com muita frequência e dois sempre), logo seguidos dos indivíduos que vivem com os seus familiares

(catorze versus sete respectivamente). Sendo a concentração uma componente cognitiva importante para a realização de tarefas, parece-nos evidente que quem apresenta maior défice terá maior dificuldade de realização e de adaptação. Este facto poderá interferir ao nível da auto-confiança e auto-estima e portanto da qualidade de vida. Logo, embora de forma pouco significativa, também a este nível parece serem os utentes que se encontram a residir nas residências comunitárias os que apresentam melhor qualidade de vida.

**Gráfico n.º 9** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "concentração"

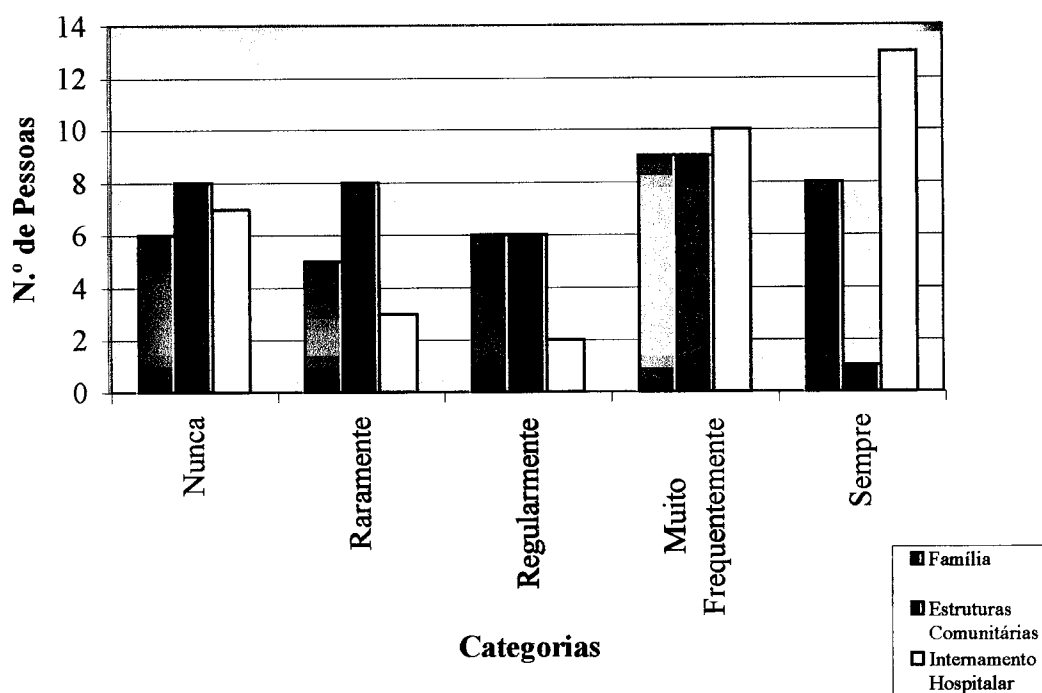


Encontram diferenças pouco significativas entre os grupos relativamente ao item em que procuramos perceber quais os sujeitos que independentemente de viverem com outras pessoas se "sentem sozinhas" (gráfico 10). Foram os sujeitos que se encontram a residir nas estruturas comunitárias os que referiram sentirem-se menos sozinhos (apenas nove referiram sentirem-se sós com muita frequência e uma sempre). Os indivíduos que se encontram a residir nos internamentos hospitalares foram os que mais verbalizaram sentirem-se sós (dez versus treze respectivamente), logo seguidos pelo sujeitos que vivem



com os seus familiares (nove versus oito respectivamente). É de notar que os utentes que vivem nas residências comunitárias dizem menos sentir-se sozinhos do que os que vivem na família. Pensamos que esta situação demonstra uma boa coesão e proximidade afectiva relativamente às pessoas que residem juntas nas residências e que provavelmente estas sentirão maior suporte social do que as que vivem em grande número no ambiente despersonalizado das enfermarias hospitalares. O que nos parece obvio é que esta situação tem implicações na vida das pessoas e que portanto, nesta perspectiva, mais uma vez, parecem ser os sujeitos das residências comunitárias aqueles que possuem melhor qualidade de vida.

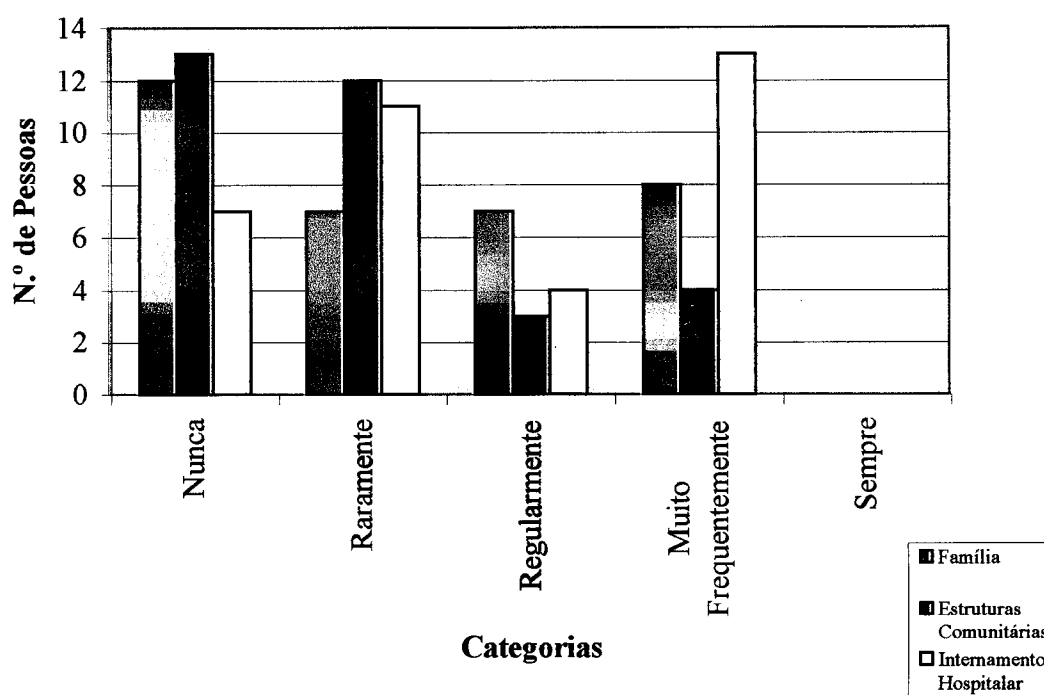
**Gráfico n.º 10** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "solidão"



Finalmente o último item do domínio psicológico onde encontramos diferenças pouco significativos entre os grupos está relacionado com a “dificuldade em controlar os sentimentos” (gráfico 11). Também neste aspecto são os utentes das residências comunitárias os que menos referem dificuldades no controle das emoções e sentimentos

(apenas três referem ter com regularidade dificuldades e quatro com muita frequência) por comparação com os sujeitos que vivem nas famílias (sete versus oito respectivamente) e nos internamentos, que são os que mais identificam dificuldades no controle dos sentimentos (quatro versus treze respectivamente). Esta situação parece evidenciar maior estabilidade do ponto de vista emocional dos utentes das residências comunitárias e terá logicamente repercussões no aumento da qualidade de vida destes sujeitos por comparação com os dos outros grupos.

**Gráfico n.º 11** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "dificuldade em controlar sentimentos"



No que diz respeito aos restantes vinte e cinco itens, em que não encontramos diferenças significativas entre os grupos, pensamos ser relevante tecer algumas considerações que nos ajudem a reflectir acerca da problemática em estudo e a clarificar a pertinência da hipótese por nós formulada. Para tal procuramos efectuar agrupamentos entre os diversos itens que integram este domínio psicológico, por forma a termos uma leitura mais organizada e articulada. Nesta perspectiva, constituímos um primeiro

agrupamento que podemos conceptualizar ou relacionar com o estado emocional e que integra os itens em que procuramos caracterizar os sujeitos no que diz respeito a terem-se sentido “calmos e relaxados”, terem-se “irritado com facilidade”, apresentarem “episódios de cólera que os levou a partir objectos” ou a “bater em alguém”, identificarem “mudanças de humor sem causa aparente”, sentirem-se “felizes” e “optimistas em relação ao futuro”. Num segundo agrupamento integramos os itens que dizem respeito mais a aspectos relacionados com a estabilidade psicopatológica. Nele integramos os itens em que questionamos os sujeitos quanto ao facto de “verbalizarem coisas estranhas ou estúpidas”, terem “sensações ou sentimentos bizarros”, “impressão que as pessoas diziam mal deles”, “falarem sozinhos” e “efectuarem tentativas ou pensarem no suicídio”. Num terceiro agrupamento integramos itens relacionados com a forma como o indivíduo se percebe e que nos permite recolher algumas informações relacionadas com a auto-confiança, auto-imagem e auto-estima. Encontramos aqui os itens do domínio psicológico em que questionamos os sujeitos em relação à “auto-confiança”, ao seu “desempenho nas diversas actividades”, ao considerar se “os outros podem contar com ele em caso de necessidade”, à percepção relativamente à sua “imagem pessoal” e ao sentirem-se “seguros”. Finalmente, constituímos um quarto agrupamento em que integramos os itens relacionados com a “iniciativa para a comunicação”, “dificuldade na organização do discurso quanto ao conteúdo e forma”, “facilidade de relacionamento interpessoal” (à vontade), “confiança nos outros” e “disponibilidade e percepção do suporte social existente em caso de necessidade de ajuda devido a um problema com dinheiro” ou “outro problema pessoal”.

Assim, relativamente ao primeiro agrupamento, o que resulta da leitura articulada dos diversos itens é que embora sem diferenças significativas, são os utentes que estão integrados nas residências comunitárias aqueles que menos se irritam com facilidade, menos mudam de humor sem razão e que mais se sentem optimistas em relação ao futuro. Por outro lado são os que se sentem com menos frequência felizes. Os utentes que estão integrados nos internamentos hospitalares são os que menos referem a ocorrência de situações extremas de cólera que os tenha levado a actos de violência material ou verbal e são os que se consideram mais frequentemente felizes. Numa outra perspectiva são os que em média mais vezes mudam de humor sem causa aparente. Relativamente aos utentes

que se encontram integrados nas famílias são os que se consideram em média mais calmos e relaxados embora com diferenças muito pouco relevantes para os restantes grupos. Por outro lado são os que referem irritarem-se com facilidade com mais frequência e os que verbalizaram a maior ocorrência de episódios de cólera que os levou a bater em alguém ou a partir objectos, o que contraria em certa medida o predomínio da calma analisada no item anterior, por comparação com os outros grupos. São ainda estes sujeitos os que em média se consideram menos optimistas em relação ao futuro. Pensamos que estes dados reforçam as considerações por nós já avançadas quando efectuamos a análise dos itens em que encontramos diferenças significativas entre os grupos. Ou seja, são os utentes que se encontram a residir nas estruturas comunitárias aqueles que em termos gerais apresentam melhor estabilidade emocional, assente eventualmente em melhores relações interpessoais entre os diversos residentes e que mais estão disponíveis, interessados em melhorar a sua vida. Por conseguinte parecem ser os que apresentam melhor qualidade de vida.

Relativamente ao segundo agrupamento em que integramos os itens que dizem respeito a aspectos relacionados com a estabilidade psicopatológica, são os utentes que residem nas estruturas comunitárias aqueles que referem verbalizar com menos frequência coisas estranhas ou estúpidas, que menos identificam sensações ou sentimentos bizarros que não sabem muito bem explicar, que com menos frequência consideram que as outras pessoas dizem mal deles, que menos falam sozinhos e que com menos frequência pensaram ou tentaram o suicídio. Pelo contrário, foram os utentes que se encontram a residir junto com os seus familiares, aqueles que em média mais referiram verbalizar coisas estranhas ou estúpidas, que mais identificaram sensações ou sentimentos bizarros, que com mais frequência consideraram que as outras pessoas dizem mal deles, que mais falaram sozinhos e que com mais frequência pensaram ou tentaram o suicídio. Se ponderarmos as eventuais implicações de todos estes aspectos na vida de cada sujeito e dos seus pares, parece que podemos considerar mais uma vez que são os utentes que vivem nas residências comunitárias aqueles que apresentam melhor qualidade de vida.

No terceiro agrupamento em que aglomeramos os itens relacionados com auto-avaliações efectuadas por cada sujeito, são também os sujeitos que se encontram integrados nas residências comunitárias aqueles que em média, estão com mais frequência

satisfeitos com o desempenho nas diversas actividades que realizam, que mais consideram que as outras pessoas puderam contar consigo (numa atitude claramente demonstrativa de auto-valorização), que melhor se sentem com a sua imagem pessoal e que com mais frequência se sentem seguros. De um outro ângulo, são os utentes que estão inseridos nos internamentos hospitalares aqueles que com menos frequência estão satisfeitos com o desempenho nas diversas actividades que realizam, que apresentam menor auto-confiança, e que menos consideraram que os outros puderam contar consigo. Os sujeitos que residem com os familiares são os que se sentem menos seguros e quase em paralelo com os que vivem nos hospitais e ainda os que menos gostam da sua imagem pessoal. Não deixa de ser interessante verificar que, apesar de viverem juntos dos seus familiares, são estes os sujeitos que mais se sentem inseguros, o que embora parecendo contraditório, pode constituir-se como um sintoma claro de alguma desregulação familiar. Esta consideração pode ser ainda reforçada pelo facto de terem sido também estes sujeitos que referiram irritarem-se com mais frequência, que apresentam alterações de humor relevantes e se sentem sozinhos de forma significativa, entre outras aspectos. O que realça da análise sucinta deste agrupamento é que se são os utentes que vivem nas estruturas comunitárias aqueles que apresentam melhor auto-estima, auto-imagem, e se sentem mais seguros então serão estes, tendo em conta apenas estes indicadores, os que apresentam melhor qualidade de vida.

Relativamente ao último agrupamento, no que diz respeito aos itens em que procuramos caracterizar as competências de relacionamento dos sujeitos, são os utentes que se encontram integrados nas residências aqueles que com maior frequência referem ter as ideias claras e explicam o que pretendem dizer com facilidade, demonstrando assim maior capacidades em termos da organização e articulação do discurso. Relacionado com esta situação está também o facto de serem estes sujeitos os que se sentem mais à vontade na relação com os outros e que com mais frequência confiam nos outros. Por outro lado, são os que apresentam menor iniciativa para estabelecer uma comunicação, o que parece evidenciar dificuldades no estabelecimento dos primeiros contactos. No que diz respeito aos itens em que de alguma forma procurávamos avaliar a percepção dos sujeitos relativamente a suporte social, como era de esperar foram as pessoas que vivem com os seus familiares, aquelas que referiram com mais frequência a existência de pessoas com

quem poderiam contar no caso de terem problemas com dinheiro ou outro problema pessoal. No entanto, relativamente ao item em que questionamos os sujeitos relativamente ao facto de sentirem que os outros estavam dispostos a colaborar com eles, foram os utentes que residem nos internamentos hospitalares que mais frequentemente o consideraram. Esta situação pode ser resultante de, por um lado, estes indivíduos possuírem um nível inferior de expectativas e de necessidades na relação com os outros, mas por outro pode significar que estes utentes possuem mais suporte por parte dos profissionais de saúde do que os outros utentes que vivem mais à margem nas residências ou ainda dos utentes que vivem com os seus familiares. O que consideramos ser de enfatizar relativamente a este agrupamento é que são os sujeitos que vivem nas residências que possuem maior aptidões para o relacionamento interpessoal, o que no dia-a-dia é extremamente importante, mas são os utentes integrados na família e/ou eventualmente nos internamente os que possuem, por força das circunstâncias, maior suporte social.

Em termos gerais, a análise resultante dos itens onde encontramos diferenças significativas, (apesar de serem uma minoria, consideramos tratarem-se de aspectos que apresentam implicações relevantes na vida das pessoas), demonstrou que são os utentes que se encontram a residir nas estruturas comunitárias aqueles que apresentam melhor qualidade de vida. Por outro lado, em conjugação com esta leitura dos dados, a caracterização e descrição articulada dos restantes itens que integraram o quarto agrupamento de análise que constituímos, deste domínio psicológico, reforçou a ideia por nós avançada que são os utentes das estruturas comunitárias aqueles que, com base neste domínio, apresentam melhor qualidade de vida.

### **5.1.3. Domínio social - caracterização bio-psico-social**

O “domínio social” que, no nosso questionário, se enquadrrou na parte da caracterização bio-psico-social com dezasseis itens (quadro nº34), apresenta diferenças muito significativas entre o grupo de utentes que se encontram a residir nas famílias, nas residências comunitárias e nos internamentos hospitalares, relativamente aos itens “escrever a amigos ou familiares”, “desenvolver uma actividade profissional” e “participação nas tarefas domésticas”. Como resultado também da aplicação do teste

estatístico não-paramétrico Kruskal-Wallis foram registadas ainda diferenças significativas para o item “encontros com uma mulher” e pouco significativos para os itens “gastar o dinheiro de forma razoável”, “procurar emprego”, “dedicar-se a um passatempo” e “sentir que nada o interessava”.

**Quadro n.º 34** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio social

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Boas Relações com familiares</b>	Nunca	1	3	6	0,953	0,621 NS
	Raramente	9	5	8		
	Regularmente	6	7	2		
	Muito Frequentemente	11	12	15		
	Sempre	7	5	4		
	Mean rank	53,68	52,17	47,33		
<b>Encontros com amigos</b>	Nunca	19	23	27	5,286	0,071 NS
	Raramente	6	7	4		
	Regularmente	2	2	3		
	Muito Frequentemente	7	0	1		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	58,69	47,84	46,41		
<b>Escrever a amigos ou familiares</b>	Nunca	12	22	27	16,963	0,000 ***
	Raramente	11	6	7		
	Regularmente	3	3	1		
	Muito Frequentemente	5	1	0		
	Sempre	3	0	0		
	Mean rank	65,44	46,42	41,16		
<b>Encontros com uma mulher ou Homem</b>	Nunca	23	30	33	13,048	0,002 **
	Raramente	6	2	2		
	Regularmente	2	0	0		
	Muito Frequentemente	1	0	0		
	Sempre	2	0	0		
	Mean rank	60,13	46,50	46,24		
<b>Participação em reuniões sociais</b>	Nunca	22	25	28	2,381	0,304 NS
	Raramente	9	5	5		
	Regularmente	2	2	2		
	Muito Frequentemente	1	0	0		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	55,79	49,06	48,11		
<b>Agir sem ter em conta os sentimentos dos outros</b>	Nunca	22	20	21	0,553	0,758 NS
	Raramente	8	9	7		
	Regularmente	4	0	2		
	Muito Frequentemente	0	3	3		
	Sempre	0	0	2		
	Mean rank	49,12	50,28	53,49		

Continuação do **Quadro n.º 34** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio social

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Problemas com as figuras de autoridade</b>	Nunca	29	29	34	2,966	0,227 NS
	Raramente	5	3	1		
	Regularmente	0	0	0		
	Muito Frequentemente	0	0	0		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	53,93	51,23	47,94		
<b>Impressão que maior parte das pessoas fazia tudo mal</b>	Nunca	23	18	19	1,239	0,538 NS
	Raramente	5	10	7		
	Regularmente	2	2	4		
	Muito Frequentemente	4	2	5		
	Sempre	0	0	0		
	Mean rank	47,53	50,91	54,46		
<b>Gastar o dinheiro de forma razoável</b>	Nunca	3	0	1	6,262	0,044 *
	Raramente	6	3	10		
	Regularmente	5	7	3		
	Muito Frequentemente	7	6	16		
	Sempre	13	16	5		
	Mean rank	50,47	60,28	43,03		
<b>Desenvolver uma actividade profissional</b>	Nunca	27	10	34	37,061	0,000 ***
	Raramente	1	0	1		
	Regularmente	1	4	0		
	Muito Frequentemente	5	3	0		
	Sempre	0	15	0		
	Mean rank	46,41	71,14	37,04		
<b>Procurar emprego</b>	Nunca	28	30	35	7,185	0,028 *
	Raramente	1	0	0		
	Regularmente	2	0	0		
	Muito Frequentemente	3	1	0		
	Sempre	0	1	0		
	Mean rank	55,78	50,30	47,00		
<b>Dedicar-se a um passatempo</b>	Nunca	18	9	26	8,139	0,017 *
	Raramente	5	16	3		
	Regularmente	2	3	1		
	Muito Frequentemente	8	4	5		
	Sempre	1	0	0		
	Mean rank	53,28	59,39	41,11		
<b>Sentir que nada o interessava</b>	Nunca	9	13	20	5,985	0,050 *
	Raramente	13	15	6		
	Regularmente	1	1	2		
	Muito Frequentemente	9	3	6		
	Sempre	2	0	1		
	Mean rank	60,32	47,47	45,17		

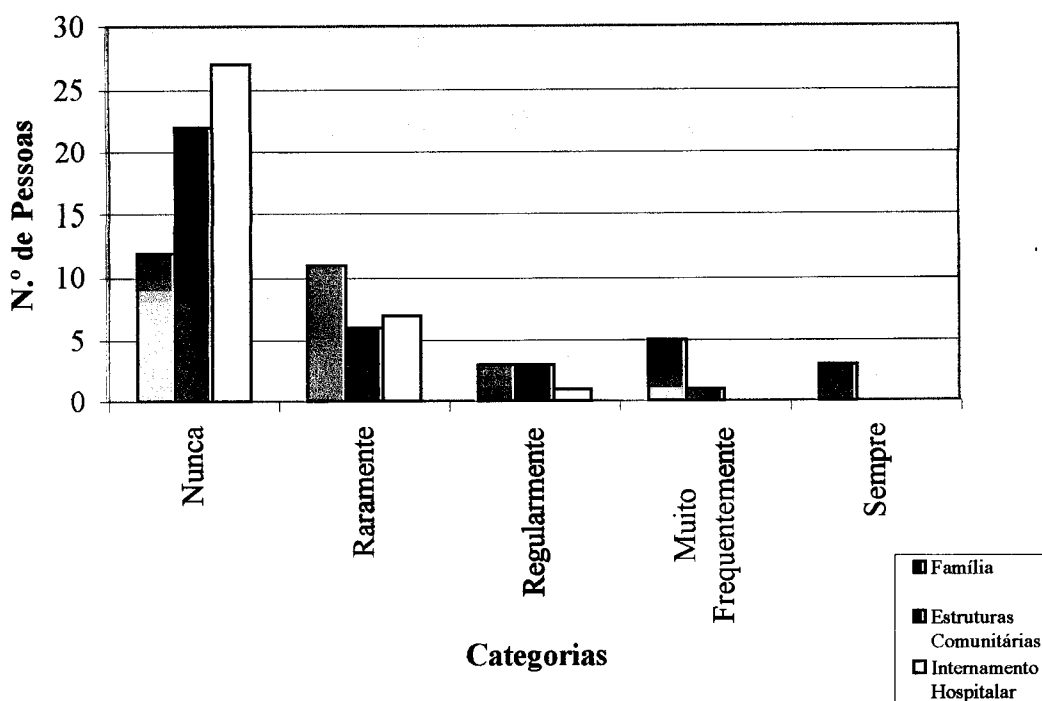


Conclusão do **Quadro n.º 34** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio social

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Passar muito tempo a ver televisão</b>	Nunca	7	4	6	1,526	0,466 NS
	Raramente	14	16	10		
	Regularmente	2	3	4		
	Muito Frequentemente	11	9	14		
	Sempre	0	0	1		
	Mean rank	47,96	49,17	55,63		
<b>Praticar desporto</b>	Nunca	24	26	32	4,688	0,096 NS
	Raramente	2	1	1		
	Regularmente	4	2	1		
	Muito Frequentemente	4	2	0		
	Sempre	0	1	1		
	Mean rank	56,21	51,16	45,80		
<b>Participação nas tarefas domésticas</b>	Nunca	5	0	7	53,786	0,000 ***
	Raramente	7	0	3		
	Regularmente	7	0	16		
	Muito Frequentemente	7	1	8		
	Sempre	8	31	1		
	Mean rank	41,75	80,63	32,90		

Analisando detalhadamente os itens mais importantes, relativamente ao hábito dos sujeitos “escreverem a amigos ou familiares” (gráfico 12), o que demonstra a existência de rede social ou de pelo menos alguma proximidade com outras pessoas com quem não residem ou não estão habitualmente, foram os utentes que estão inseridos nas famílias que referiram mais efectua-lo (três escrevem regularmente, cinco com muita frequência e três sempre). Estranhamente, as pessoas que menos referem escrever são as que estão integradas nos internamentos hospitalares (somente uma diz fazê-lo, mas apenas com regularidade), seguidas das que vivem nas residências comunitárias (três referem escrever com regularidade e apenas uma com muita frequência), visto que estando estas pessoas mais isoladas ou pelo menos com uma menor frequência de contactos (já que pelo menos não vivem com os seus familiares), seria lógico pensar-se que utilizariam com mais frequência esta forma de contacto. Pensamos que talvez isto possa significar, que para além de não apresentarem hábito de escrita e de eventualmente terem maiores dificuldades relativamente a este processo de comunicação, também não possuam muitas ligações em termos de rede familiar e social.

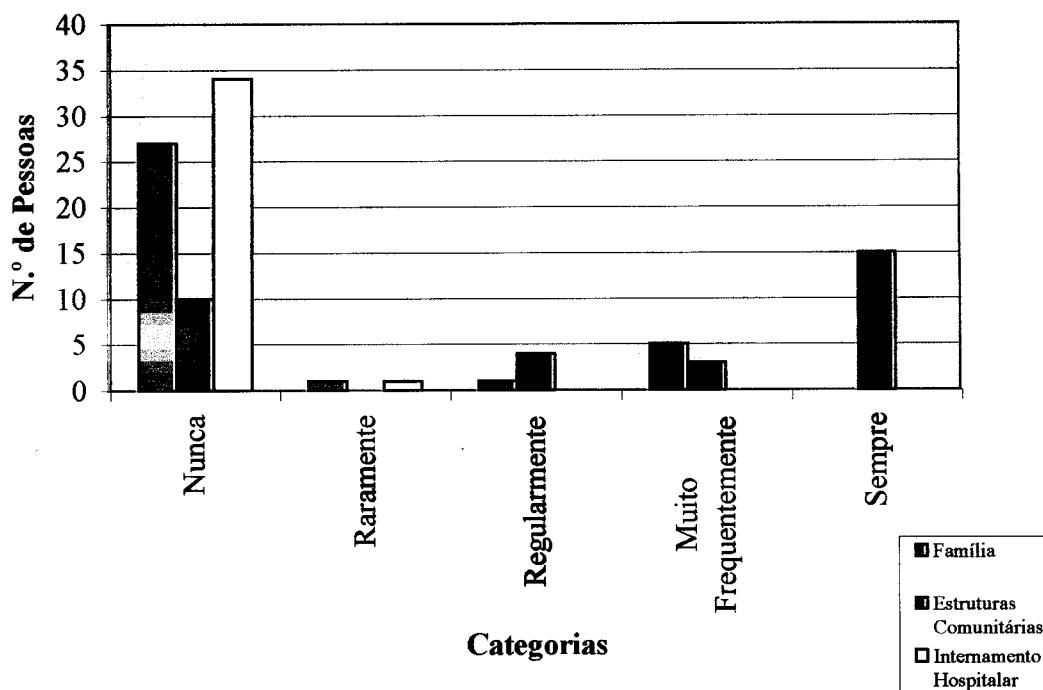
**Gráfico n.º 12** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "escrever a amigos ou familiares"



Um outro item onde encontramos diferenças muito significativas entre os grupos está relacionado com o “exercício de uma actividade profissional” (gráfico 13). Constatamos que são os sujeitos que vivem nas residências comunitárias os que mais se encontram numa situação de prática efectiva de uma actividade profissional (quinze referem exercer sempre uma actividade profissional e três com muita frequência). Os sujeitos que mais referem nunca ou raramente trabalharem encontram-se a viver nos internamentos hospitalares (trinta e quatro dizem que nunca trabalharam e uma diz que raramente o faz). Dos utentes que vivem com os seus familiares, como a grande maioria frequenta diariamente o Serviço de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Hospital de Magalhães Lemos, apenas um refere que desenvolve uma actividade laboral com regularidade e cinco com muita frequência. Conforme já referimos no nosso quadro teórico, pensamos que o desempenho de uma actividade profissional é uma das dimensões mais importantes do processo de integração social já que para além de assegurar a autonomia financeira, contribui para melhoria da auto-estima e para o reforço de um papel

social activo valorizado. Rompendo-se com a exclusão social promove-se a qualidade de vida e nesta perspectiva, parecem ser os sujeitos que vivem nas residências comunitárias que apresentam melhor qualidade de vida.

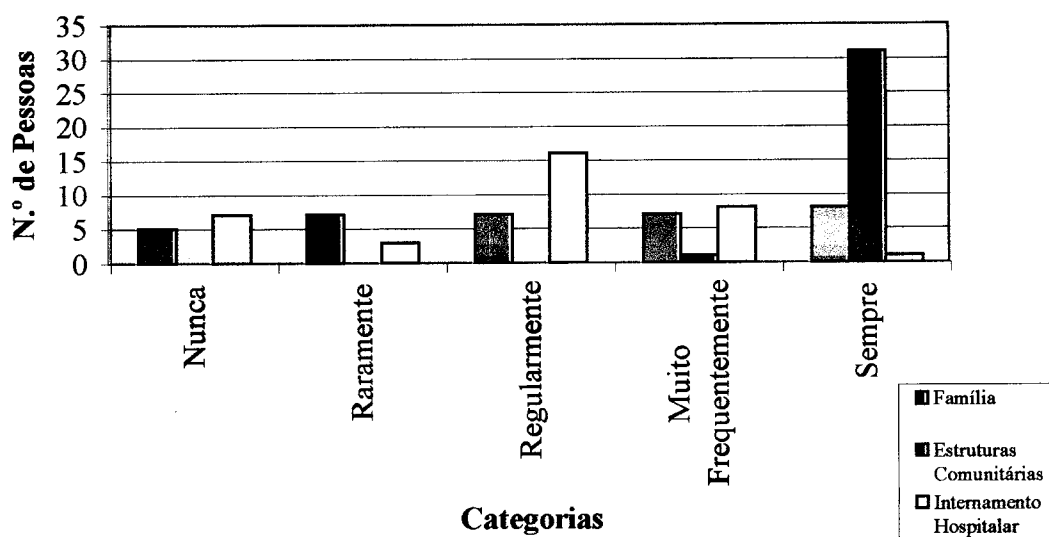
**Gráfico n.º 13** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "desenvolver uma actividade profissional"



Relativamente ao item em que procurávamos perceber qual a frequência da “participação nas tarefas domésticas” (gráfico 14), o grupo de sujeitos que está integrado nas residências comunitárias diferenciou-se de uma forma muito significativa relativamente aos outros grupos (um participa nas tarefas domésticas com muita frequência e os restantes trinta e um executam-nas sempre), já que foram os que referiram realizarem com muita frequência as tarefas domésticas. De alguma forma esta situação pode significar uma maior autonomia, responsabilidade, poder de decisão na forma como organizam e gerem a sua vida, um maior sentimento de utilidade e por consequência ser um sintoma de uma integração mais eficiente neste contexto vivencial particular. Noutra perspectiva, são os utentes que se encontram a residir nos internamentos hospitalares os

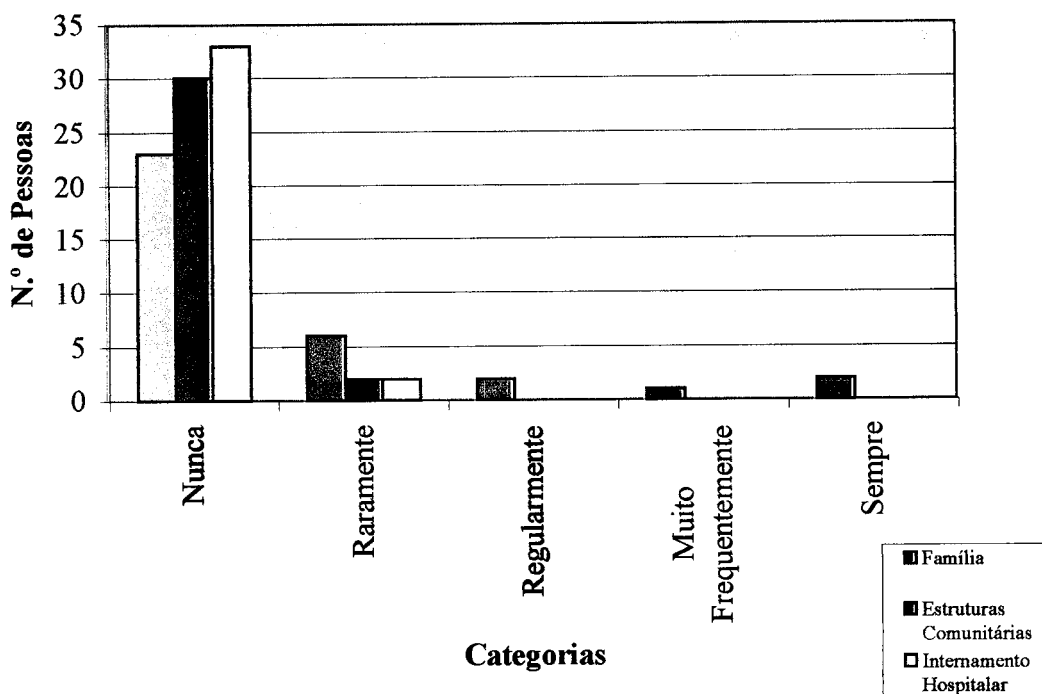
que menos participam nas tarefas domésticas (oito referem fazê-lo com muita frequência e apenas um diz que participa sempre), situação que pode ser explicada pelo facto dessas tarefas serem realizadas por profissionais que possuem essas funções específicas na instituição. De qualquer forma é prática corrente na maioria dos hospitais psiquiátricos a transferência do desempenho de algumas tarefas para as pessoas residentes (fazer a cama, arrumar o quarto, lavar a sua roupa, entre outras), o que de alguma forma justifica o facto de muitos destes sujeitos terem referido que participam nas actividades domésticas com regularidade. Os sujeitos que estão inseridos nas famílias também referem uma participação nas tarefas domésticas bastante inferior à das pessoas que vivem nas residências comunitárias (apenas sete pessoas referem fazê-lo com muita frequência e também só sete sempre), o que pensamos poder revelar pouca participação na vida familiar quer devido a um certo protecționismo exagerado exercido pelos seus familiares quer devido a uma certa desvalorização pelo facto de possuírem um problema de saúde mental. Por outro lado, não podemos deixar de considerar que neste grupo existiam mais homens do que mulheres, o que de alguma forma pode enviesar os resultados, já que culturalmente estas actividades são mais realizadas por pessoas do sexo feminino.

**Gráfico n.º 14** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "participação nas tarefas domésticas"



No item em que procurávamos analisar quais os sujeitos que mantinham “relações amorosas” com mais frequência (gráfico 15), encontramos diferenças significativas entre os grupos. Apenas as pessoas que se encontram inseridos nas famílias referiram ter contactos com regularidade (dois sujeitos), com muita frequência (um sujeito) ou sempre (dois sujeitos) com um(a) homem/mulher. Dos sujeitos que se encontram a residir nos internamentos hospitalares apenas dois referem ter contactos amorosos, mas muito raramente e a mesma situação se verificou nas residências comunitárias. Pensamos que esta situação pode ser explicada pelo facto de algumas pessoas que residem com o seus familiares serem precisamente casadas e estarem diariamente com os seus conjugues. Dos utentes que vivem nas residências e nos internamentos, (embora muito menos conforme referimos na parte da caracterização da amostra) pensamos que os que são casados ou perderam completamente o vínculo de relação com os seus familiares ou mantêm, por imposição das instituições ou por questões funcionais, contactos muito esporádicos com eles, o que origina eventualmente um tipo de relacionamento amoroso mais pontual. Se considerarmos que a ausência de relação amorosa, afectiva com um parceiro fixo ou eventualmente com parceiros pontuais poderá ter implicações no nível de satisfação e qualidade de vida, então, neste caso, são os utentes que vivem com os seus familiares aqueles que apresentam melhor qualidade de vida.

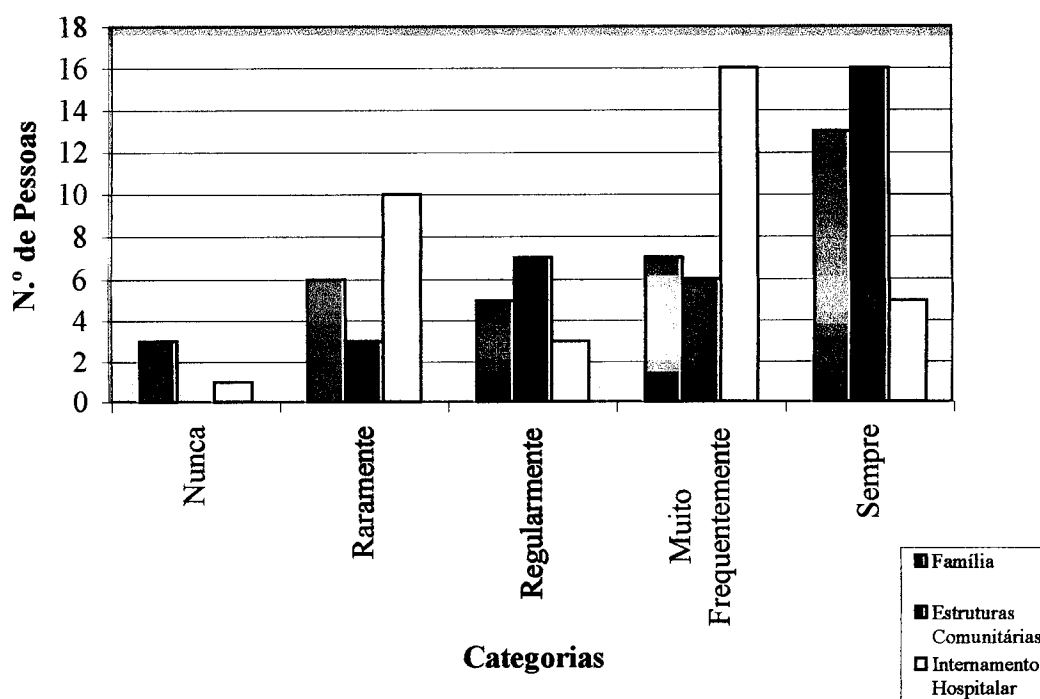
**Gráfico n.º 15** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "encontros com uma mulher ou homem"



Relativamente ao item em que procuramos caracterizar os sujeitos quanto à “gestão do dinheiro” (gráfico 16), encontramos diferenças pouco significativas entre os três grupos, tendo sido as pessoas que se encontram inseridas nas residências comunitárias as que referem gastar com mais frequência o dinheiro de forma razoável, de acordo com uma análise das prioridades (sete referem fazê-lo regularmente, seis com muita frequência e dezasseis sempre). Dos sujeitos que se encontram a residir com os familiares, cinco referem gastar regularmente o dinheiro de forma razoável, sete com muita frequência e treze dizem gastar sempre com base numa análise das prioridades e de acordo com as suas possibilidades. Os indivíduos que vivem nos internamentos são os que referem maiores dificuldades na gestão do dinheiro, já que apenas três dizem gastar com regularidade o dinheiro de uma forma razoável, dezasseis com muita frequência e apenas cinco gerem sempre os seus rendimentos de uma forma adequada. Na nossa prática clínica temos observado não raras vezes que esta situação conduz a uma perda de autonomia e de qualidade de vida, já que devido a uma necessidade de protecção do

património destes sujeitos, os seus rendimentos passam a ser geridos por terceiros, com quem os utentes passam a negociar as motivações para as suas despesas. Partindo do pressuposto que uma gestão eficiente dos rendimentos por parte dos indivíduos pode ser analisada como um sintoma de maior autonomia, maior capacidade de organização e gestão do dia-a-dia e eventualmente de uma maior capacidade de controle dos impulsos, (situação que está normalmente subjacente a alguma instabilidade emocional e a alterações de humor associadas) parece que o dia-a-dia dos sujeitos que residem nas estruturas comunitárias é mais tranquilo, estável, independente e por conseguinte com maior qualidade de vida.

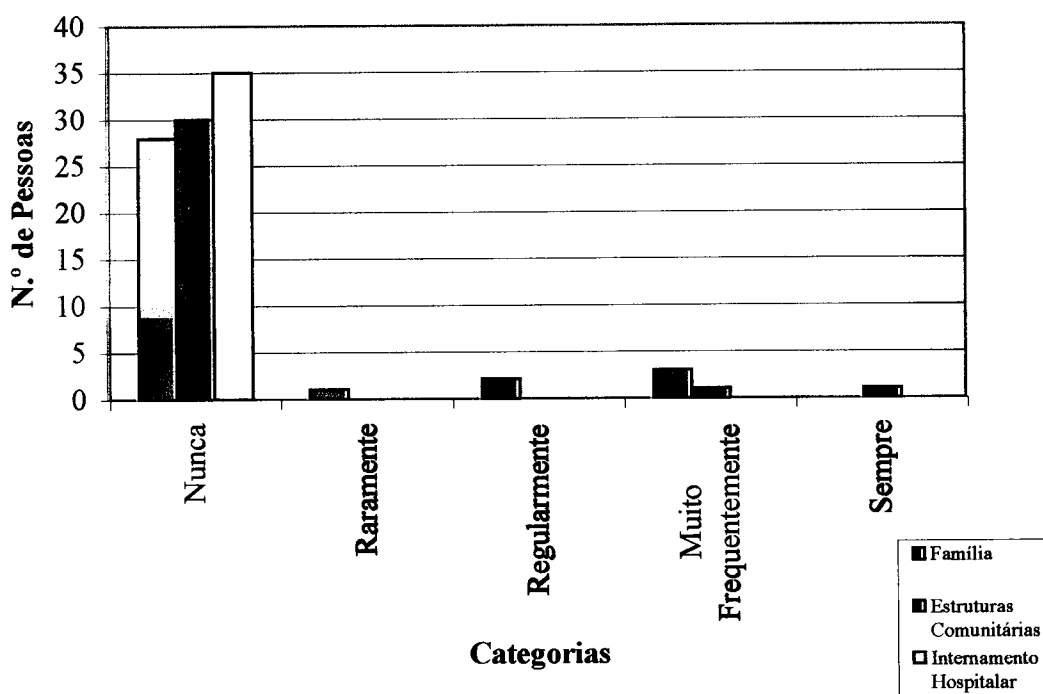
**Gráfico n.º 16** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "gastar o dinheiro de forma razoável"



No item em que procuramos perceber qual o grupo de sujeitos que se encontra mais mobilizado na “procura de emprego” (gráfico 17), da aplicação do teste estatístico resultaram diferenças pouco significativas entre as três sub-amostras. Embora a maioria dos sujeitos tenham referido que não têm procurado emprego, dos indivíduos que habitam

como os seus familiares, um refere que embora sendo raro tem desenvolvido algumas diligências nesse sentido, um outro diz fazê-lo com regularidade e cinco com muita frequência. Dos sujeitos que residem nas residências, apenas um refere que tem procurado emprego com muita frequência e um outro que o faz sempre. Do grupo de utentes que vive nos internamentos ninguém tem procurado emprego. Pensamos que esta situação pode significar um maior dinamismo e interesse por parte dos utentes que estão inseridos nas famílias, no sentido de alterar a sua situação actual. Por outro lado, sendo estes os sujeitos que parecem possuir maior suporte social (conforme concluímos anteriormente) é normal que possam ser mais motivados e eventualmente pressionados para se mobilizarem e procurarem emprego e assim até poderem contribuir para o orçamento familiar.

**Gráfico n.º 17** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "procurar emprego"

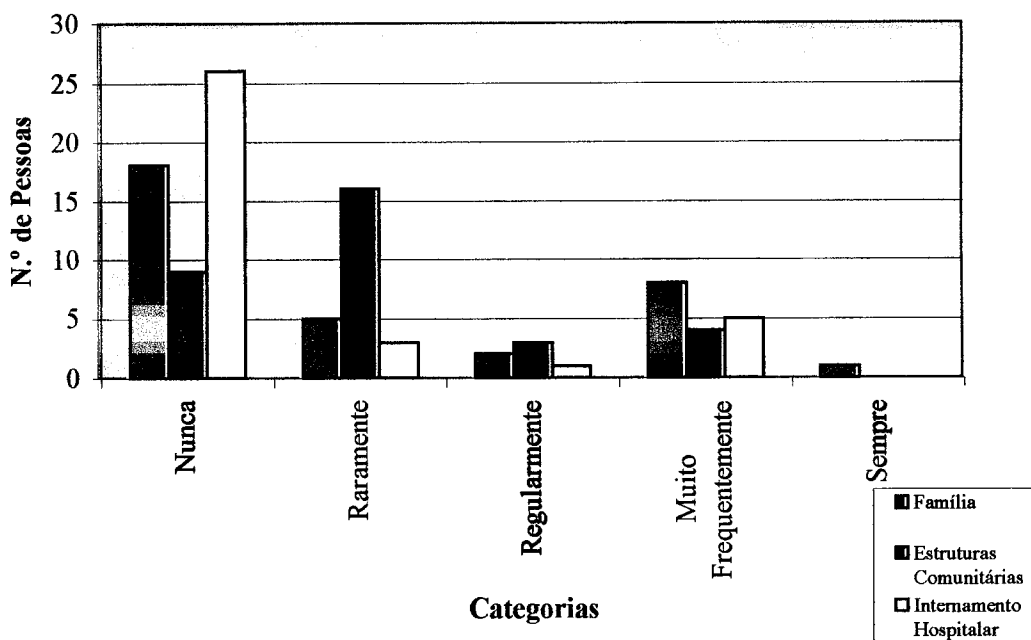


Relativamente ao item em que procuramos perceber quais os sujeitos que se dedicavam a “passatempos ou a actividades de lazer” (gráfico 18), que normalmente estão associadas a fontes de prazer, encontramos diferenças pouco significativas entre os



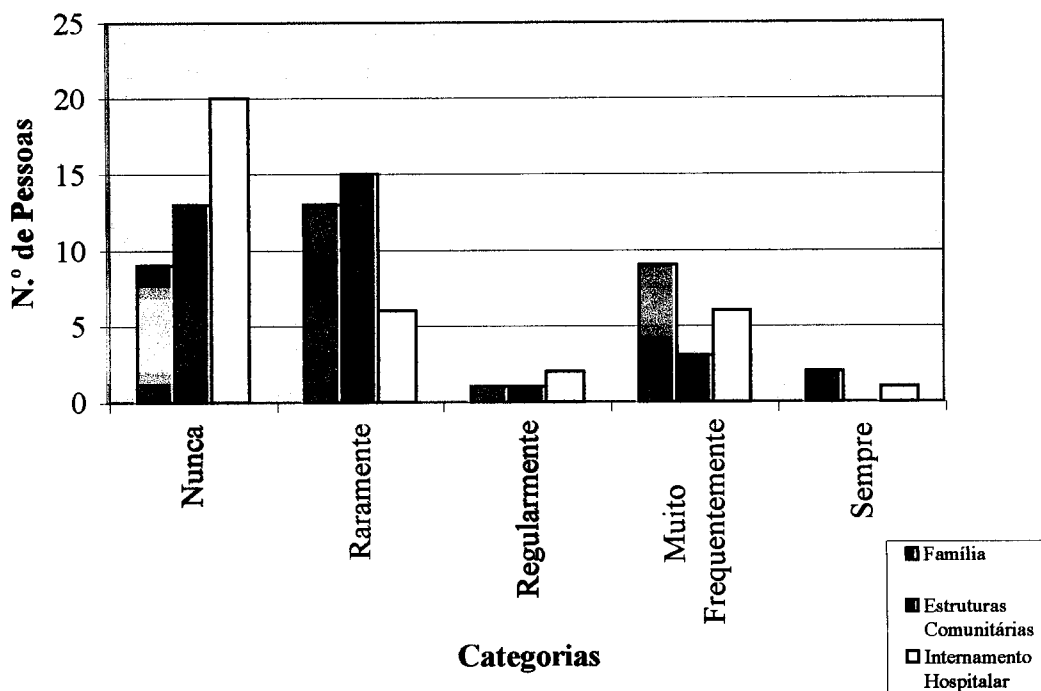
grupos, tendo sido as pessoas que se encontram inseridas nas estruturas comunitárias as que referiram dedicar-se com mais frequência a este tipo de actividades (apenas nove disseram nunca fazê-lo enquanto que dezasseis fazem-no com raridade, três com regularidade e quatro com muita frequência). Noutra perspectiva, são os utentes que se encontram a residir nos internamentos hospitalares os que menos se dedicam a actividades de lazer (vinte e seis referem nunca fazê-lo, três fazem-no com raridade, um com regularidade e cinco com muita frequência). Dos sujeitos que vivem com os seus familiares, dezoito nunca se dedicam a passatempos, cinco raramente o fazem, dois fazem-no com regularidade, oito com muita frequência e um destina todo o seu tempo para a realização de actividades de lazer. Assim, partindo da perspectiva que a realização de actividades de lazer pressupõem uma procura de prazer, já que tem subjacente o desempenho de tarefas que motivam e interessam o indivíduo, então, sendo os sujeitos do grupo das residências comunitárias os que mais se dedicam a este tipo de actividades, serão consequentemente os que mais vivenciam situações de prazer e que portanto melhor qualidade de vida apresentarão. Se por outro lado conceptualizarmos a ocupação humana como uma necessidade básica da espécie (não fazer nada ou fazer muito pouco pode ser encarado como um sintoma de disfuncionalidade e pelos menos é desorganizativo e leva à perda de competências motoras, cognitivas e psicossociais) e levarmos em linha de conta que são também estes os sujeitos que mais desenvolvem uma actividade profissional é pertinente concluirmos que são eles que possuem um melhor funcionamento psicossocial e por conseguinte uma melhor qualidade de vida.

**Gráfico n.º 18 Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "dedicar-se a um passatempo"**



Um outro item em que encontramos diferenças pouco significativas e que de alguma forma vem reforçar as considerações efectuadas relativamente ao item anterior prende-se com a avaliação nos sujeitos dos três grupos definidos, da frequência do aparecimento da “sensação de que nada os interessava” (gráfico 19). Relativamente a este aspecto foram também os sujeitos que residem nas estruturas comunitárias os que mais referiram que nunca ou raramente sentiram desinteresse por tudo (treze versus quinze respectivamente), quase em paralelo com as vinte pessoas que vivem nos internamentos hospitalares que também referiram nunca sentirem desinteresse por tudo e com as seis que só raras vezes o sentiram. Os utentes que vivem com os seus familiares foram os que verbalizaram terem sentido com mais frequência desinteresse por tudo (um com regularidade, nove com muita frequência e um sempre), situação que consideramos poder ter implicações na qualidade de vida destes sujeitos, já que de alguma forma pensamos ser bastante complexo gerir esta sensação de vazio, de desmotivação, de eventual desinteresse pela vida.

**Gráfico n.º 19** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "sentir que nada o interessa"



Relativamente aos restantes oito itens, em que não encontramos do ponto de vista estatístico diferenças significativas entre os grupos, foram os utentes que vivem nas famílias que referiram apresentar melhores “relações com os seus familiares” e uma maior rede social, já que são os que mais frequentemente se encontram com amigos e que participam em reuniões sociais. Os que apresentam piores relações familiares, que menos se encontram com amigos e participam em reuniões sociais são as pessoas que se encontram a residir nos internamentos hospitalares. Esta situação parece evidenciar mais um vez que são os sujeitos que vivem junto dos seus familiares os que possuem maior suporte social, e pelo contrário que são os indivíduos que residem nos internamentos hospitalares que se encontram mais isolados, com menos contactos e suporte social. Por outro lado são também estes últimos quem mais referem “agir sem ter em conta os sentimentos dos outros” e quem mais frequentemente têm impressão que as outras pessoas executam tudo de forma incorrecta. Pensamos que estes aspectos podem ser um sintoma de uma dinâmica grupal mais competitiva e mais conflituosa e por conseguinte com

menos qualidade de vida. Os sujeitos que menos referem agir sem ter em conta os sentimentos dos outros e que menos frequentemente têm impressão que as outras pessoas executam tudo de forma incorrecta são os que estão inseridos nas famílias. Consideramos que esta situação talvez esteja relacionada com a contenção produzida pelo laços familiares, naturalmente mais afectivos. Relativamente à realização de algumas actividades de lazer, nomeadamente à “prática de desporto” e à “visualização da televisão” encontramos motivações e interesses diferentes. Foram os utentes que residem nos internamentos hospitalares que referiram ver televisão com mais frequência mas são também os que menos praticam desporto. Pelo contrário, são os sujeitos que vivem nas famílias os que menos vêem televisão mas que mais praticam actividades desportivas. Talvez esta situação se deva à idade que é em média mais avançada no caso dos sujeitos que vivem nos internamentos e talvez pela ausência estruturada de muita variedade de actividades de lazer nas instituições hospitalares.

Como conclusão, o que consideramos mais relevante da análise deste domínio social, que obviamente tem implicações na qualidade de vida dos sujeitos, prende-se com o facto de talvez serem os sujeitos que se encontram a residir com os familiares que apresentam melhor suporte social, quer do ponto de vista qualitativo quer do ponto de vista quantitativo, já que são os que possuem melhores relações familiares e também maior rede social. Um outro aspecto também importante tem a ver com o facto das pessoas que vivem nas residências comunitárias serem mais dinâmicas, motivadas e autónomas, já que são as que mais frequentemente desenvolvem actividades de vida diária (domésticas, com gestão independente de dinheiro), de lazer e profissionais.

#### **5.1.4. Nível de satisfação perante as condições de vida**

Na análise deste domínio, constituído por quinze itens, onde procuramos perceber o “nível de satisfação face à vida” dos sujeitos em função do contexto onde estão inseridos (quadro 35), encontramos diferenças altamente significativas entre os três grupos relativamente ao “local onde residem”. Como resultado também da aplicação do teste estatístico não-paramétrico Kruskal-Wallis foram registadas ainda diferenças significativas entre os grupos relativamente à satisfação com o “quarto onde dormem” e

pouco significativas relativamente às “comodidades do local onde residem”, “ao apoio clínico” e “relações com os familiares”.

**Quadro n.º 35** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio satisfação perante as condições de vida

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal-Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Quarto onde reside</b>	Muito Insatisfeito	3	0	0	11,233	0,004 **
	Insatisfeito	5	1	5		
	Nem Insati./nem Satisf.	3	2	1		
	Satisfeito	21	20	27		
	Muito Satisfeito	2	9	2		
	Mean rank	42,29	62,16	49,26		
<b>Local onde vive</b>	Muito Insatisfeito	4	0	4	21,655	0,000 ***
	Insatisfeito	6	4	19		
	Nem Insati./nem Satisf.	7	2	2		
	Satisfeito	15	20	9		
	Muito Satisfeito	2	6	1		
	Mean rank	50,25	67,81	36,36		
<b>Serviços e comodidades do local onde vive</b>	Muito Insatisfeito	4	0	1	23,298	0,019 *
	Insatisfeito	7	1	9		
	Nem Insati./nem Satisf.	1	3	2		
	Satisfeito	20	24	22		
	Muito Satisfeito	2	4	1		
	Mean rank	45,93	61,20	46,60		
<b>Saúde</b>	Muito Insatisfeito	7	3	5	2,439	0,295 NS
	Insatisfeito	8	6	14		
	Nem Insati./nem Satisf.	7	8	1		
	Satisfeito	12	14	15		
	Muito Satisfeito	0	1	0		
	Mean rank	47,43	57,31	48,70		
<b>Alimentação</b>	Muito Insatisfeito	1	0	2	2,183	0,336 NS
	Insatisfeito	7	2	9		
	Nem Insati./nem Satisf.	3	8	3		
	Satisfeito	23	20	20		
	Muito Satisfeito	0	2	1		
	Mean rank	50,47	56,03	46,91		
<b>Vestuário</b>	Muito Insatisfeito	0	0	1	0,470	0,790 NS
	Insatisfeito	9	4	6		
	Nem Insati./nem Satisf.	2	8	2		
	Satisfeito	21	20	25		
	Muito Satisfeito	2	0	1		
	Mean rank	50,81	48,94	53,07		

Continuação do **Quadro n.º 35** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio satisfação perante as condições de vida

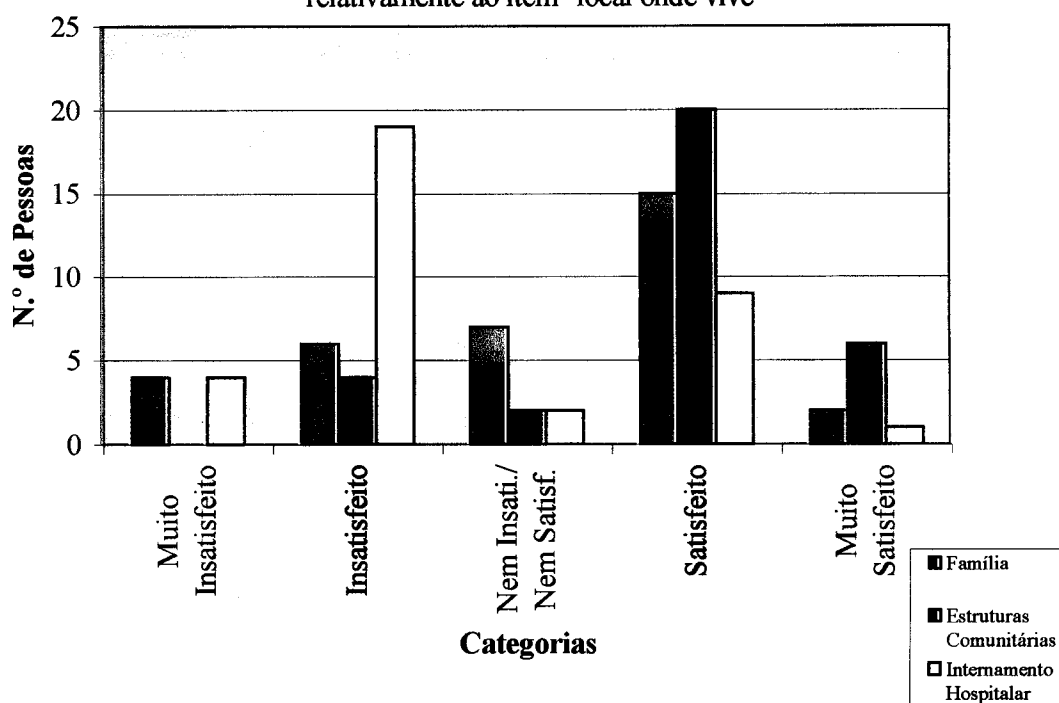
Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Organização do dia</b>	Muito Insatisfeito	1	0	0	0,288	0,866 NS
	Insatisfeito	10	5	12		
	Nem Insati./nem Satisf.	3	9	2		
	Satisfeito	18	17	21		
	Muito Satisfeito	2	1	0		
	Mean rank	50,78	52,91	49,47		
<b>Actividades de lazer</b>	Muito Insatisfeito	2	0	1	0,482	0,786 NS
	Insatisfeito	11	7	11		
	Nem Insati./nem Satisf.	2	6	1		
	Satisfeito	18	19	22		
	Muito Satisfeito	1	0	0		
	Mean rank	48,68	53,03	51,40		
<b>Vida em Geral</b>	Muito Insatisfeito	2	0	2	0,112	0,946 NS
	Insatisfeito	7	9	13		
	Nem Insati./nem Satisf.	9	7	1		
	Satisfeito	15	16	18		
	Muito Satisfeito	1	0	1		
	Mean rank	51,22	52,03	49,84		
<b>Apoio clínico</b>	Muito Insatisfeito	0	0	1	7,933	0,019 *
	Insatisfeito	4	4	12		
	Nem Insati./nem Satisf.	1	7	2		
	Satisfeito	27	16	20		
	Muito Satisfeito	2	5	0		
	Mean rank	57,93	54,05	41,49		
<b>Pessoas com quem vive</b>	Muito Insatisfeito	1	0	5	4,453	0,108 NS
	Insatisfeito	7	2	8		
	Nem Insati./nem Satisf.	4	9	3		
	Satisfeito	19	19	19		
	Muito Satisfeito	3	2	0		
	Mean rank	53,63	56,36	43,54		
<b>Vida sentimental</b>	Muito Insatisfeito	5	3	2	4,512	0,105 NS
	Insatisfeito	8	13	9		
	Nem Insati./nem Satisf.	7	5	1		
	Satisfeito	12	11	23		
	Muito Satisfeito	2	0	0		
	Mean rank	49,40	44,52	58,49		
<b>Relações com a família</b>	Muito Insatisfeito	3	4	11	8,200	0,017 *
	Insatisfeito	7	5	11		
	Nem Insati./nem Satisf.	5	6	0		
	Satisfeito	16	16	13		
	Muito Satisfeito	3	1	0		
	Mean rank	58,00	55,30	40,27		

Conclusão do **Quadro n.º 35** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio satisfação perante as condições de vida

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
<b>Forma como se relaciona com os outros</b>	Muito Insatisfeito	0	0	1	1,411	0,565  NS
	Insatisfeito	11	4	7		
	Nem Insati./nem Satisf.	4	9	2		
	Satisfeito	18	19	25		
	Muito Satisfeito	1	0	0		
	Mean rank	47,46	51,55	53,94		
<b>Situação financeira</b>	Muito Insatisfeito	8	2	2	7,580	0,226  NS
	Insatisfeito	14	13	11		
	Nem Insati./nem Satisf.	2	2	3		
	Satisfeito	10	13	18		
	Muito Satisfeito	0	0	1		
	Mean rank	40,62	54,52	57,87		

Considerando os itens mais relevantes, relativamente ao “local onde residem” (gráfico 20), foram os utentes que se encontram a residir nas estruturas comunitárias que mais revelaram estar satisfeitos (vinte pessoas estão satisfeitas e seis muito satisfeitas). Os sujeitos que estão inseridos nos internamentos hospitalares referiram estar menos satisfeitos com o local onde residem, já que apenas nove se considera satisfeito e um muito satisfeito. Dos indivíduos que residem com os seus familiares quinze consideram-se satisfeitos e apenas dois muito satisfeitos. Pensamos que esta situação poderá ser um sintoma de que estas pessoas só se encontram a residir nos hospitais psiquiátricos porque foram «empurradas» para essa situação e porque não possuem melhores alternativas. De qualquer forma consideramos ter bastante interesse o facto dos sujeitos que residem nas residências estarem mais satisfeitos com o local onde residem do que os que vivem com os seus familiares. Isto permite-nos concluir que, do ponto de vista destas pessoas que possuem um problema de saúde mental, as residências são a resposta integradora mais interessante e que melhor qualidade de vida proporciona.

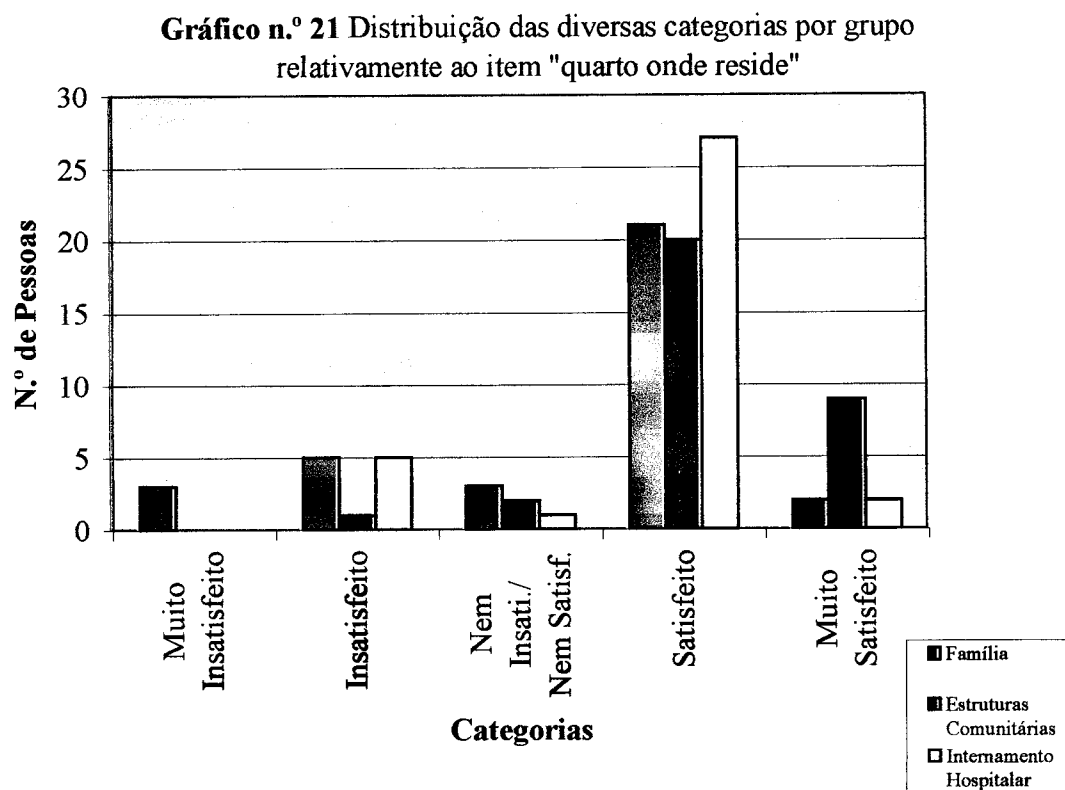
**Gráfico n.º 20** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "local onde vive"



Relativamente à satisfação com o “quarto onde dormem” (gráfico 21) encontramos diferenças significativas entre os grupos, tendo sido também os sujeitos que se encontram inseridos nas residências comunitárias aqueles que referiram estar mais satisfeitos (vinte dizem estar satisfeitos e nove muito satisfeitos), o que reforça a análise efectuada relativamente ao item anterior. As pessoas que estão menos satisfeitas com o quarto onde dormem estão inseridas nas famílias (três estão muito insatisfeitas, cinco insatisfeitas e três nem satisfeitas nem insatisfeitas). Dos sujeitos que vivem nos internamentos hospitalares, apenas cinco referem estar insatisfeitos e um nem satisfeito nem insatisfeito com o quarto onde dormem. Não deixa de ser interessante verificarmos que as pessoas que vivem no ambiente impessoal dos internamentos hospitalares estão mais satisfeitas com o seu quarto do que as que estão inseridas nas famílias. Talvez esta situação se relacione mais com as condições habitacionais e relacionais deficitárias destes contextos familiares específicos ou com o facto das pessoas que vivem nos internamentos serem menos exigentes relativamente a estes aspectos materiais. De qualquer forma mais uma vez são



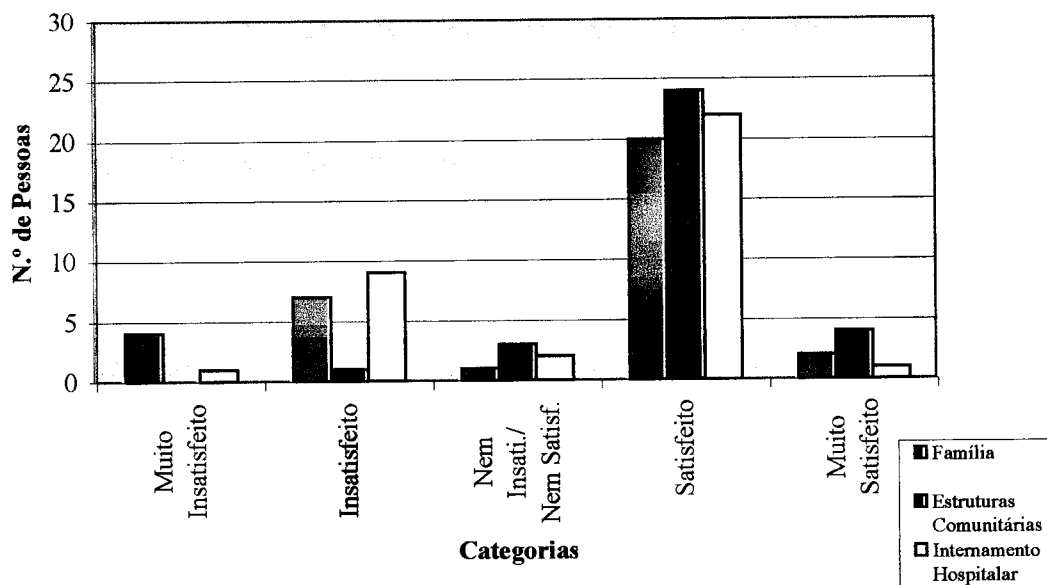
as pessoas que vivem nas residências comunitárias que estão mais satisfeitas e que portanto, deste ponto de vista, melhor qualidade de vida apresentam.



Relativamente à satisfação com as “comodidades e serviços do local onde vivem” (gráfico 22), apesar de encontrarmos diferenças pouco significativas, elas inscrevem-se na mesma linha das respostas anteriores: os sujeitos das residências comunitárias referem estar mais satisfeitos (vinte e quatro pessoas estão satisfeitas e quatro estão muito satisfeitas) e os das famílias são os que estão menos satisfeitos (quatro referem estar muito insatisfeitos e sete insatisfeitos). Dos que vivem nos internamentos hospitalares apenas um está muito insatisfeito e nove insatisfeitos com as comodidades e serviços do hospital onde residem, mesmo tratando-se de pessoas que na sua maioria vivem num hospital considerado por muitos altamente degradado. Pensamos ser altamente relevante em termos da qualidade de vida (já que também é do significativo do ponto de vista estatístico) serem os sujeitos que residem nas estruturas comunitárias os que estão mais satisfeitos com o seu

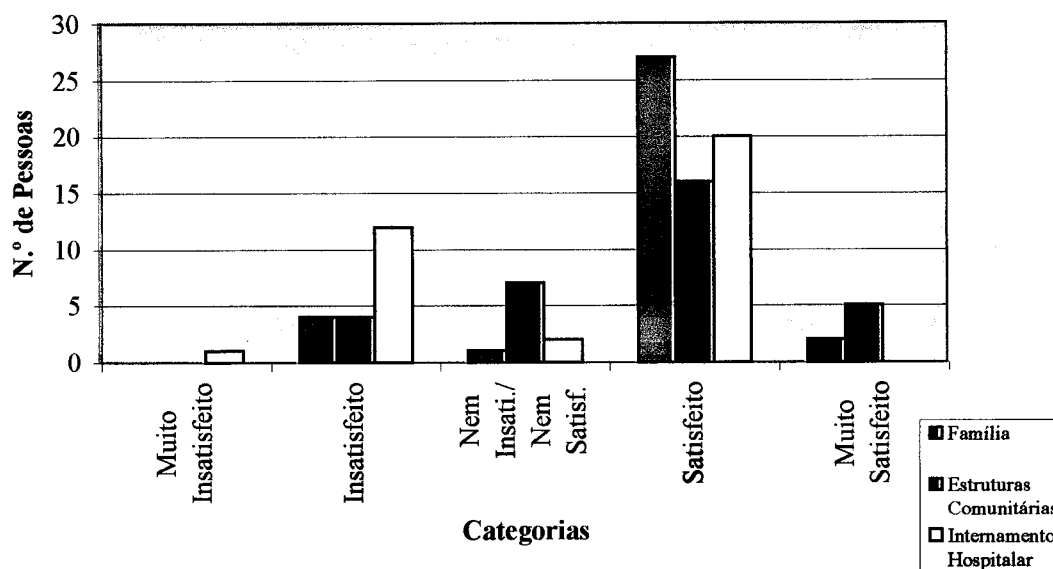
quarto, com as comodidades e serviços do contexto habitacional e em particular com o local de residência.

**Gráfico n.º 22** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "serviços e comodidades do local onde vive"



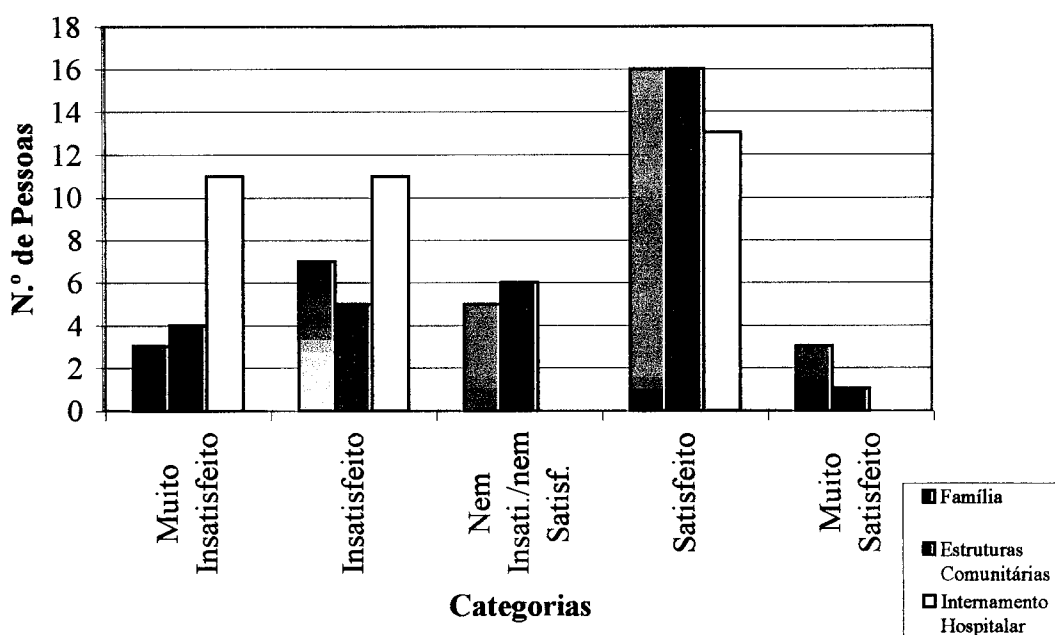
Relativamente à satisfação com os “cuidados clínicos” que lhes têm sido prestados (gráfico 23), os sujeitos que vivem com os seus familiares referiram uma maior satisfação (vinte e sete dizem estar satisfeitos e dois muito satisfeitos) do que os que vivem nas residências comunitárias (apenas dezasseis referiram estar satisfeitos e cinco muito satisfeitos) e nas famílias (só vinte referem estar apenas satisfeitos). Embora se tenham registado diferenças pouco significativas, não deixa de ser relevante que sejam os sujeitos que mais tempo passam com os profissionais de saúde, aqueles que mais se sentem insatisfeitos relativamente ao apoio clínico. Pensamos que o facto destes doentes viverem no hospital, leva ao assumir de um outro papel, o de residentes, e a que sejam considerados como património ou pertença da instituição, o que origina não raras vezes uma atitude de desvalorização e eventualmente de algum desleixo por parte dos profissionais.

**Gráfico n.º 23 Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "apoio clínico"**



Relativamente ao item em que procurávamos perceber qual o grupo de sujeitos que estava mais satisfeito com o “tipo de relacionamento com os seus familiares” (gráfico 24), encontramos diferenças pouco significativas. Na lógica de alguns itens já analisados que versavam sobre o relacionamento familiar, foram também os sujeitos que se encontram inseridos nas famílias que referiram estar mais satisfeitos com o tipo de relações que possuem com as suas famílias (dezasseis dizem estar satisfeitos e três muito satisfeitos) e pelo contrário, foram os indivíduos que vivem nos internamentos os que verbalizaram estar menos satisfeitos com o tipo de relações que têm com os seus familiares (onze dizem estar muito insatisfeitos e também onze dizem estar apenas insatisfeitos). Das pessoas que vivem nas residências só quatro estão muito insatisfeitas e cinco insatisfeitas com o tipo de relacionamento familiar que possuem. Pensamos que estes dados vêm reforçar as considerações por nós já avançadas, que se prendem com o facto de serem os sujeitos que vivem junto dos seus familiares os que têm um relacionamento mais próximo os seus familiares, quer do ponto de vista afectivo quer do ponto de vista funcional e por conseguinte são os que sentem um maior suporte social.

**Gráfico n.º 24** Distribuição das diversas categorias por grupo relativamente ao item "relação com a família"



Nos restantes dez itens em que não encontramos diferenças significativas entre os grupos, foram os sujeitos que vivem nas residências protegidas que apresentaram em termos globais, (em seis dos dez itens) uma maior satisfação e por consequência, eventualmente uma melhor qualidade de vida. Assim, foram estas as pessoas que se sentiram mais satisfeitas com o seu “estado de saúde” (apenas três estão muito insatisfeitas e seis insatisfeitas) e com a “alimentação” que fizeram o que originou, conforme já analisamos no domínio anterior, que tenham sido estes os sujeitos que apresentaram menos falta de apetite, (apenas dois estavam insatisfeitos com a alimentação). Foram também os mais satisfeitos no que diz respeito à “forma como organizaram o seu dia-a-dia”, em particular para descontraírem (só cinco estavam insatisfeitos com aquilo que fizeram durante a maior parte do tempo e apenas sete estiveram insatisfeitos com as actividades que realizaram para se divertir) e relativamente às “pessoas com quem vivem” (apenas dois estiveram insatisfeitos e nove nem satisfeitos nem insatisfeitos). Finalmente são estas as pessoas que se encontram mais satisfeitos relativamente à sua “vida actual em geral” (apenas nove estão insatisfeitos e sete nem satisfeitos nem insatisfeitos). Contudo, encontramos também neste grupo de itens sem diferenças significativas entre os grupos,

um outro padrão de resposta, com os utentes que residem nos internamentos hospitalares a referirem estar mais satisfeitos. São disso exemplo os itens em que procurávamos analisar o grau de satisfação relativamente à “forma como cada sujeito se relaciona com os outros” (vinte e cinco destes sujeitos referiram estar satisfeitos, enquanto que do grupo das residências apenas dezanove o verbalizaram e do grupo das famílias, só dezoito estiveram satisfeitos e um muito satisfeito), “vestuário que usam”, “situação económica” e “vida sentimental”. Se levarmos em linha de conta que a maioria destas pessoas possui uma condição económica muito precária, com poucos recursos económicos, que é muito frequente usarem roupas doadas ao hospital precisamente pela falta de recursos pessoais e que, a maioria deles, não possui um parceiro e apresentam alguns sintomas claros de falta de afectos, então esta satisfação por eles referenciada pode ser interpretada como resignação, desmotivação e desinteresse.

Em termos globais pensamos que relativamente ao grau de satisfação face às condições de vida, embora da aplicação do teste estatístico tenham resultado apenas cinco itens com diferenças pouco significativas, significativas ou muito significativas, sobressai o facto de serem os sujeitos que residem nas residências comunitárias aqueles que estão mais satisfeitos relativamente às comodidades e local onde residem, situação que necessariamente influencia pela positiva a qualidade de vida desses sujeitos.

#### **5.1.5. Domínio da autonomia funcional**

Na descrição e análise dos resultados deste domínio privilegiamos a constituição de agrupamentos de dados em função do tipo de autonomia funcional previamente definida no nosso questionário. Pensamos que esta opção possibilitou uma maior riqueza na interpretação dos dados, já que permitiu não só perceber qual o grupo de sujeitos que em termos gerais possui uma maior autonomia, mas também como é que ocorria essa distribuição em função dos vários tipos, nomeadamente em termos da “autonomia de base, residencial e comunitária”, que apresentam características e especificidades distintas e que por conseguinte requerem componentes de desempenho em alguns casos diferentes.

Assim, relativamente à “autonomia de base” (quadro 36), na parte relacionada com a alimentação encontramos diferenças muito significativas entre os grupos no item

“postura à mesa”, e significativas na “utilização dos talheres”. Em termos da postura à mesa foram os sujeitos que se encontram integrados nas residências e nas famílias que revelaram maior independência, já que dos primeiros apenas um referiu que tinha muitas dificuldades e dos segundos também só um sujeito é que disse possuir algumas dificuldades. Os restantes sujeitos destes dois grupos referiram ser completamente independentes relativamente a este aspecto. Os sujeitos que vivem nos internamentos hospitalares apresentaram uma maior disfuncionalidade, tendo uma pessoa referenciado muitas dificuldades, sete algumas e cinco poucas dificuldades. Relativamente à utilização dos talheres foram os sujeitos que se encontram integrados nas famílias que se revelaram mais independentes (trinta e um referem ser completamente independentes e dois apresentam poucas dificuldades), logo seguidos pelas pessoas que vivem nas residências comunitárias (vinte e oito referem ser completamente independentes e dois apresentam poucas dificuldades). Por outro lado, foram também os indivíduos que vivem nos internamentos hospitalares que apresentaram uma maior disfuncionalidade na utilização de ambos os talheres, tendo duas pessoas referenciado muitas dificuldades, nove algumas e três poucas dificuldades.

Parece assim, que relativamente à alimentação os utentes que se encontram inseridos nas famílias, logo seguidos pelos das residências apresentam uma maior autonomia funcional do que os que vivem nos internamentos hospitalares. Esta situação ainda é ainda mais reforçada se levarmos em linha de conta os restantes itens desta parte onde apesar de não encontramos diferenças significativas entre os grupos, foram também estes que referiram maiores dificuldades de desempenho, nomeadamente no “comer”.

Na parte relacionada com os cuidados pessoais deste tipo de autonomia, encontramos diferenças muito significativas no item da “higiene oral” e pouco significativos no que diz respeito ao “banho”. Assim, relativamente à lavagem dos dentes, que pressupõe não só o desempenho do acto mas a frequência com que o fazem, os sujeitos que vivem nas famílias e nas residências revelaram-se mais autónomos (todos disseram ser completamente independentes) do que os que residem no internamento hospitalar, onde sete pessoas referiram poucas dificuldades e três muitas dificuldades. No que diz respeito ao banho, a situação é muito similar, já que foram também os indivíduos

que vivem nas famílias e nas residências que se revelaram mais independentes (apenas um de cada grupo referiu possuir algumas dificuldades) e os que residem no internamento hospitalar, os mais dependentes ou pelo menos com maiores dificuldades (um sujeito diz ter muita dificuldade, quatro dizem ter algumas e dois apenas poucas dificuldades).

Podemos considerar que, e tendo em conta os itens desta componente da autonomia onde não encontramos diferenças significativas entre os grupos (utilização dos sanitários e higiene das mãos, barba e cabelo), relativamente aos cuidados pessoais são os utentes que se encontram inseridos nas residências comunitárias e nas famílias os que apresentam maior independência funcional.

Na ultima parte deste tipo de autonomia, que dizia respeito ao arranjo pessoal, encontramos diferenças muito significativas entre os grupos relativamente “ao tratamento do vestuário” e significativos em termos da “adequação do vestuário”. No que respeita ao tratamento do vestuário foram os sujeitos das residências comunitárias que referiram possuir mais competências de desempenho, já que apenas um se considera dependente e três referem executar mas com muita dificuldade. Das pessoas que vivem com os seus familiares sete consideram-se completamente dependentes e três dizem tratar da roupa mas com muita dificuldade. Os indivíduos mais dependentes vivem nos internamentos hospitalares, pois doze referem tratar da roupa com alguma dificuldade, sete com muita e oito pessoas consideram-se completamente dependentes. Na adequação do vestuário em função do clima e dos diferentes contextos, foram os sujeitos das residências comunitárias que também se revelaram mais independentes (todos referiram ser independentes) do que os que vivem com as famílias (dois apresentaram poucas dificuldades) e principalmente por relação com as pessoas que vivem nos internamentos hospitalares, já que três referiram ter poucas dificuldades, duas algumas e uma muitas dificuldades.

Também relativamente ao arranjo pessoal, enquadrando também o desempenho do vestir e despir onde não encontramos diferenças significativas entre os grupos, parece que os indivíduos mais autónomos se encontram inseridos nas residências comunitárias. Esta situação leva-nos a concluir que em termos gerais são estes os sujeitos, seguidos pelos que vivem nas famílias, que possuem uma maior autonomia de base.

**Quadro n.º 36** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia de base

Itens	Categorias	Frequência			Qui- Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Alimentação						
Beber	Dependente	0	0	0	0,000	1,000 NS
	Muitas Dificuldades	0	0	0		
	Algumas Dificuldades	0	0	0		
	Poucas Dificuldades	0	0	0		
	Independente	34	32	35		
	Mean rank	51,00	51,00	51,00		
Comer	Dependente	0	0	0	3,809	0,149 NS
	Muitas Dificuldades	0	0	0		
	Algumas Dificuldades	0	0	1		
	Poucas Dificuldades	0	0	1		
	Independente	34	32	33		
	Mean rank	52,00	52,00	49,11		
Utilização dos Talheres	Dependente	0	0	0	12,569	0,002 **
	Muitas Dificuldades	0	2	2		
	Algumas Dificuldades	1	0	9		
	Poucas Dificuldades	2	2	3		
	Independente	31	28	21		
	Mean rank	57,41	55,09	41,03		
Postura à mesa	Dependente	0	0	0	19,865	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	1	1		
	Algumas Dificuldades	1	0	7		
	Poucas Dificuldades	0	0	5		
	Independente	33	31	22		
	Mean rank	56,97	56,72	39,97		
Cuidados Pessoais						
Banho	Dependente	0	0	0	7,937	0,019 *
	Muitas Dificuldades	0	0	1		
	Algumas Dificuldades	1	1	4		
	Poucas Dificuldades	0	0	2		
	Independente	33	31	28		
	Mean rank	54,00	53,91	45,43		
Utilização dos Sanitários	Dependente	0	0	0	3,810	0,149 NS
	Muitas Dificuldades	0	0	2		
	Algumas Dificuldades	0	0	0		
	Poucas Dificuldades	0	0	0		
	Independente	34	32	33		
	Mean rank	52,00	52,00	49,11		
Higiene oral	Dependente	0	0	0	16,684	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	0	0		
	Algumas Dificuldades	0	0	3		
	Poucas Dificuldades	0	0	7		
	Independente	34	31	25		
	Mean rank	56,50	54,77	42,21		



Conclusão do Quadro n.º 36 Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia de base

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal-Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Continuação de Cuidados Pessoais						
Higiene das mãos cabelo e barba	Dependente	0	0	0	0,879	0,644 NS
	Muitas Dificuldades	0	0	0		
	Algumas Dificuldades	0	0	0		
	Poucas Dificuldades	2	1	3		
	Independente	32	31	32		
	Mean rank	51,03	52,42	49,67		
Arranjo Pessoal						
Vestir/Despir	Dependente	0	0	0	1,886	0,390 NS
	Muitas Dificuldades	0	0	0		
	Algumas Dificuldades	0	0	0		
	Poucas Dificuldades	0	0	1		
	Independente	34	32	34		
	Mean rank	51,50	51,50	50,06		
Adequação do vestuário	Dependente	1	0	0	5,979	0,050 **
	Muitas Dificuldades	0	0	1		
	Algumas Dificuldades	0	0	2		
	Poucas Dificuldades	2		3		
	Independente	31	32	29		
	Mean rank	51,04	55,50	46,84		
Tratamento do vestuário	Dependente	7	1	8	19,562	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	3	3	7		
	Algumas Dificuldades	3	3	12		
	Poucas Dificuldades	4	0	1		
	Independente	17	25	7		
	Mean rank	51,56	66,19	36,57		

No que diz respeito à autonomia residencial (quadro n.37) encontramos em todos os itens que integram quer a parte relativamente à saúde e segurança quer a parte relacionada com a organização de uma casa, diferenças altamente significativas entre os grupos. Conforme poderemos visualizar no quadro 6, foram os utentes das residências que se revelaram mais independentes relativamente a quase todos os itens da parte da saúde e segurança, nomeadamente na “ida a consultas” (vinte e sete sujeitos dizem lembrar-se e ir às consultas autonomamente e apenas dois referem ter poucas dificuldades), “toma de medicação” (vinte e nove tomam a medicação de forma autónoma e apenas três possui poucas dificuldades), “gestão de um problema de saúde” (vinte e nove gerem um problema de saúde, procurando ajuda quando necessário de forma autónoma e apenas dois possuem poucas dificuldades), “identificação dos efeitos secundários da medicação” (vinte e cinco

identificam perfeitamente os efeitos secundários da medicação e apenas um possui pouca dificuldade), “respeito por regras de segurança” (vinte e seis identificam perfeitamente as regras de segurança mais relevantes de uma casa e apenas quatro possuem poucas dificuldades)” e finalmente na “resposta a situações de emergência” (vinte e três dizem tomar a decisão mais adequada perante vários cenários de situações de urgência e apenas cinco possuem poucas dificuldades). Só relativamente à “identificação da medicação” (vinte e nove identificam a medicação sem qualquer dificuldade e apenas quatro possuem poucas dificuldades) é que os sujeitos que se encontram junto dos seus familiares referiram um melhor desempenho. A nível da organização da casa, foram também os sujeitos que vivem nas residências que se revelaram mais independentes, já que foram os que referiram melhor saber “organizar” e “confeccionar uma refeição” (dezassete revelaram-se completamente autónomos na organização de uma refeição e dezasseis na sua confecção versus cinco referiram poucas dificuldades na organização e seis na confecção) e “limpar e arrumar uma casa” (vinte e cinco consideraram-se completamente autónomos e seis referem ter apenas poucas dificuldades na limpeza e arrumação da casa). Por outro lado, relativamente aos itens relacionados com a saúde, segurança e com a organização de uma casa, foram os utentes que se encontram integrados nos internamentos hospitalares que apresentaram uma maior disfuncionalidade. Foram estes os sujeitos que mais dificuldades referiram relativamente à recordação dos dia e ida às consultas (oito consideraram-se dependentes e três referiram muitas dificuldades), à identificação e toma da medicação (onze disseram que não reconheciam qualquer medicamento versus cinco que identificavam mas com muita dificuldade e oito eram completamente dependentes e três apresentavam muitas dificuldades quanto ao tipo, quantidade e altura de tomar a medicação), à gestão de problemas de saúde (três pessoas consideraram-se completamente dependentes e dez referiram apresentar muitas dificuldades), à identificação de efeitos secundários da medicação (onze consideraram-se dependentes e dezanove referiram muitas dificuldades), à identificação de regras de segurança numa casa (vinte e uma pessoas não conseguiu identificar qualquer regra de segurança e cinco apenas apresentaram muitas dificuldades) e ao tipo de resposta perante uma situação de emergência (vinte e três não sabia o que fazer perante uma situação de emergência ou era completamente desajustado e quatro apresentavam muitas dificuldades).

Assim, parece-nos óbvia a conclusão que relativamente à autonomia residencial os sujeitos que se encontram inseridos nas residências comunitárias apresentam uma maior autonomia funcional por comparação com as pessoas que residem nas famílias e principalmente relativamente aos que residem nos internamentos hospitalares.

**Quadro n.º 37** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia residencial

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal-Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Saúde e Segurança						
Consultas	Dependente	1	1	8	21,030	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	1	3		
	Algumas Dificuldades	3	1	5		
	Poucas Dificuldades	4	2	6		
	Independente	26	27	13		
	Mean rank	57,69	60,80	35,54		
Identificação da medicação	Dependente	0	4	11	25,117	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	2	5		
	Algumas Dificuldades	1	0	3		
	Poucas Dificuldades	4	1	4		
	Independente	29	25	12		
	Mean rank	62,79	56,67	34,36		
Toma da medicação	Dependente	0	0	8	28,041	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	0	3		
	Algumas Dificuldades	2	0	4		
	Poucas Dificuldades	4	3	6		
	Independente	28	29	14		
	Mean rank	58,03	62,06	34,06		
Gestão de problemas de saúde	Dependente	0	0	3	29,704	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	1	0	10		
	Algumas Dificuldades	6	2	2		
	Poucas Dificuldades	8	2	12		
	Independente	19	28	8		
	Mean rank	53,41	68,19	32,94		
Identificação dos efeitos secundários da medicação	Dependente	3	1	11	44,687	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	1	2	19		
	Algumas Dificuldades	4	3	0		
	Poucas Dificuldades	5	1	2		
	Independente	21	25	3		
	Mean rank	61,00	67,42	26,27		

Conclusão do Quadro n.º 37 Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia residencial

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Continuação de Saúde e Segurança						
Respeito por regras de segurança	Dependente	1	0	21	49,406	0,000  ***
	Muitas Dificuldades	1	2	5		
	Algumas Dificuldades	1	0	2		
	Poucas Dificuldades	8	4	2		
	Independente	23	26	5		
	Mean rank	61,99	67,25	25,47		
Resposta a situações de emergência	Dependente	3	0	23	46,988	0,000  ***
	Muitas Dificuldades	2	2	4		
	Algumas Dificuldades	3	2	2		
	Poucas Dificuldades	7	5	3		
	Independente	19	23	3		
	Mean rank	60,57	68,72	25,50		
Organização da Casa						
Organização das refeições	Dependente	7	3	21	26,934	0,000  ***
	Muitas Dificuldades	6	1	7		
	Algumas Dificuldades	4	6	1		
	Poucas Dificuldades	3	5	2		
	Independente	14	17	4		
	Mean rank	56,10	66,50	31,87		
Confecção das refeições	Dependente	7	2	21	24,571	0,000  ***
	Muitas Dificuldades	4	2	4		
	Algumas Dificuldades	5	6	2		
	Poucas Dificuldades	3	6	4		
	Independente	15	16	4		
	Mean rank	56,63	65,25	32,50		
Limpeza e arrumação da casa	Dependente	4	0	6	26,835	0,000  ***
	Muitas Dificuldades	2	0	6		
	Algumas Dificuldades	9	1	9		
	Poucas Dificuldades	3	6	7		
	Independente	16	25	7		
	Mean rank	49,40	69,95	35,23		

Em termos da autonomia comunitária (quadro 38), na parte relativa à “utilização dos serviços da comunidade”, encontramos diferenças muito significativas entre os grupos nos itens relacionados com “o planeamento de compras”, “ida às compras” e “reconhecimento e utilização dos diferentes serviços da comunidade” e diferenças significativas na “gestão do orçamento”. Assim, relativamente ao planeamento das compras necessárias, enquanto que vinte e um sujeitos que residem nas famílias referem fazê-lo sem qualquer problema e três apresentam apenas poucas dificuldades, dos sujeitos

que vivem nas residências apenas treze o faz de forma independente e nove necessitando de pouca ajuda. Dos que vivem nos internamentos somente cinco o consegue fazer de forma completamente independente e um com pequenas ajudas. Se analisarmos a realização propriamente dita das compras, a situação é relativamente semelhante, havendo vinte e seis sujeitos que residem nas famílias que referem fazê-lo sem qualquer problema e três apresentam poucas dificuldades. Dos sujeitos que vivem nas residências comunitárias catorze fazem as compras de forma independente e oito necessitam de pouca ajuda enquanto que das pessoas que residem nos internamentos somente cinco vão às compras autonomamente e um com algumas ajudas. Relativamente à gestão do orçamento, vinte dos sujeitos que residem junto dos seus familiares efectua-o de forma independente e dois com poucas ajudas, enquanto que dos que vivem nas residências só treze o fazem autonomamente e dois com ajuda. Das pessoas que se encontram inseridas nos internamentos hospitalares seis gerem o seu dinheiro sozinhas e também seis com pequenas ajudas. Em termos do reconhecimento e utilização dos diferentes serviços da comunidade, vinte e seis dos sujeitos que residem junto dos seus familiares reconhecem-os e utilizam-os de forma independente e três apresentam apenas poucas ajudas, enquanto que dos que vivem nas residências só quinze o fazem autonomamente e cinco com pouca ajuda. Das pessoas que se encontram inseridas nos internamentos hospitalares somente sete reconhecem e utilizam de forma independente os diferentes serviços da comunidade e apenas quatro o faz com pequenas ajudas.

Conforme podemos constatar, em todos estes itens foram os sujeitos que se encontram a residir nas famílias, que referiram uma maior autonomia funcional, e pelo contrário foram os que residem nos internamentos hospitalares que apresentaram menor independência funcional. De referenciar que esta situação também se verificou no único item desta parte em que não encontramos diferenças significativas entre os grupos e que se prende com a manipulação do dinheiro.

Na parte relacionada com as “deslocações”, encontramos diferenças muito significativas entre os grupos nos dois itens que a constituem, tendo sido também os sujeitos que residem com as famílias os que apresentam maior funcionalidade e portanto mais autonomia. Assim relativamente à “utilização dos transportes públicos”, enquanto

que trinta dos indivíduos que vivem com os seus familiares referiram ser completamente independentes, das pessoas que residem nas estruturas comunitárias só quinze também o referiram e das que vivem no internamento somente seis o consideram. Em termos do “reconhecimentos de diferentes símbolos da comunidade” (como por exemplo os sinais de trânsito – sinais luminosos, passadeiras...) trinta e um dos sujeitos que residem nas famílias não apresentaram qualquer tipo de problema e um apenas registou uma pequena dificuldade, enquanto que dos que vivem nas residências e nos internamentos hospitalares só dezasseis e doze respectivamente se revelaram autónomos.

Na última parte da autonomia comunitária, que dizia respeito à “relação dos sujeitos com o trabalho”, encontramos diferenças muito significativas entre os grupos em todos os itens. Assim, ao contrário das outras duas partes deste tipo de autonomia, foram os sujeitos que se encontram a residir nas estruturas comunitárias que se manifestaram mais funcionais ou independentes, quer relativamente à motivação para trabalhar (dezanove referem estar extremamente motivados enquanto três apresentaram ligeiras hesitações), quer em termos das competências gerais de trabalho, tais como assiduidade, pontualidade, respeito pela figura hierárquica, produtividade, entre outras (dezoito consideraram-se independentes e sete apenas referiram poucas dificuldades), quer ainda em termos da adaptação e realização de uma tarefa específica, que obviamente se relaciona com processos e competências de aprendizagem (dezassete referem não ter qualquer tipo de problema e sete manifestaram apenas poucas dificuldades). Pelo contrário, os sujeitos que referiram maiores dificuldades em termos da motivação para o trabalho (apenas três se consideraram altamente motivados e dois muito motivados), das competências gerais (apenas um se considerou completamente independente e também apenas um refere pequenas dificuldades) e da adaptação e realização de tarefas específicas (apenas um se mostra completamente independente e dois com pequenas dificuldades) encontram-se inseridos nos internamentos hospitalares.

Podemos assim considerar, resultante da análise das três partes que integram a autonomia comunitária, que os sujeitos que se encontram inseridos nas famílias apresentam uma maior autonomia comunitária, já que são os que apresentam maior funcionalidade ao nível da utilização dos recursos da comunidade e das deslocações. Não

deixa de ser relevante no entanto que sejam os utentes que se encontram integrados nas residências comunitárias que apresentam um melhor desempenho nas questões que se relacionam com o trabalho.

**Quadro n.º 38** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia comunitária.

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal-Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Utilização dos Recursos Comunitários						
Planeamento de compras	Dependente	3	0	27	39,127	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	1	3	2		
	Algumas Dificuldades	6	7	0		
	Poucas Dificuldades	3	9	1		
	Independente	21	13	5		
	Mean rank	65,53	61,61	27,19		
Compras	Dependente	1	2	27	45,965	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	2	2	2		
	Algumas Dificuldades	2	6	1		
	Poucas Dificuldades	3	8	0		
	Independente	26	14	5		
	Mean rank	69,75	58,06	26,33		
Gestão do orçamento	Dependente	4	6	9	11,683	0,003 **
	Muitas Dificuldades	1	6	10		
	Algumas Dificuldades	7	5	4		
	Poucas Dificuldades	2	2	6		
	Independente	20	13	6		
	Mean rank	62,78	50,98	39,57		
Manipulação do dinheiro	Dependente	3	3	6	3,115	0,211 NS
	Muitas Dificuldades	1	5	5		
	Algumas Dificuldades	4	4	2		
	Poucas Dificuldades	3	3	5		
	Independente	23	17	17		
	Mean rank	57,28	49,42	46,34		
Reconhecimento e utilização dos diferentes serviços da comunidade	Dependente	0	6	8	23,298	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	3	2	8		
	Algumas Dificuldades	2	4	8		
	Poucas Dificuldades	3	5	4		
	Independente	26	15	7		
	Mean rank	67,34	50,78	35,33		

Conclusão do **Quadro n.º 38** Análise comparativa das frequências para os itens no domínio da autonomia funcional - autonomia comunitária.

Itens	Categorias	Frequência			Qui-Quadrado Kruskal- Wallis	Sig.
		Família (n=34)	Estruturas Comunitárias (n=32)	Internamento Hospitalar (n=35)		
Deslocações						
Utilização dos transportes	Dependente	2	9	18	31,842	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	1	3	3		
	Algumas Dificuldades	1	3	5		
	Poucas Dificuldades	0	2	3		
	Independente	30	15	6		
	Mean rank	70,12	49,78	33,54		
Reconheciment o dos diferentes símbolos da comunidade	Dependente	2	0	2	21,632	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	0	4	8		
	Algumas Dificuldades	0	2	4		
	Poucas Dificuldades	1	10	9		
	Independente	31	16	12		
	Mean rank	66,75	48,69	37,81		
Trabalho						
Motivação para trabalhar	Dependente	7	7	29	32,174	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	2	1	0		
	Algumas Dificuldades	5	2	1		
	Poucas Dificuldades	2	3	2		
	Independente	18	19	3		
	Mean rank	61,16	63,20	29,97		
Competências gerais de trabalho	Dependente	6	6	29	40,987	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	2	0	2		
	Algumas Dificuldades	9	1	2		
	Poucas Dificuldades	5	7	1		
	Independente	12	18	1		
	Mean rank	59,66	67,92	27,11		
Adaptação e realização de tarefas específicas	Dependente	6	5	29	40,716	0,000 ***
	Muitas Dificuldades	1	2	2		
	Algumas Dificuldades	12	1	1		
	Poucas Dificuldades	6	7	2		
	Independente	9	17	1		
	Mean rank	58,53	68,94	27,29		

Em termos de síntese deste domínio, levando em consideração as análises que efectuamos para cada tipo de autonomia, podemos referir que os sujeitos que vivem nas residências comunitárias apresentam níveis de autonomia de base relativamente idênticos aos que vivem nas famílias (embora os primeiros parecem ser mais autónomos no que diz respeito ao arranjo pessoal e os segundos relativamente aos cuidados pessoais) e superiores aos que vivem nos internamentos.



Relativamente à autonomia residencial são as pessoas que habitam nas estruturas comunitárias que são mais independentes do que as que vivem nas famílias e muito mais relativamente às que vivem nos internamentos.

No que diz respeito à autonomia comunitária, se excluirmos a relação com o trabalho, parecem ser os sujeitos que vivem integrados nas famílias que apresentam maior funcionalidade do que os que residem nas residências ou fundamentalmente nos internamentos.

Parece-nos assim claro que os sujeitos que vivem nas residências e nas famílias apresentam níveis de funcionalidade e independência geral superiores à dos que vivem nos internamentos hospitalares. Pensamos que esta situação poderá estar relacionada por um lado com a possibilidade de executar, de vivenciar estas situações e do próprio contexto familiar e das residências, em termos de dinâmica muito idêntico, funcionar com um meio de maior estimulação e motivação, até pela força das necessidades, do que o internamento do hospital onde estas tarefas não são tão necessárias ou são asseguradas por outros. Na mesma lógica, poderá significar por conseguinte que o contexto hospitalar é mais deteriorante, já que não estimula o uso de competências que acabam por se perder, deseducar, desabituar.

Por outro lado, não deixa de ser interessante notar que os sujeitos das residências têm maior autonomia residencial e os das famílias maior autonomia comunitária. Pensamos que esta situação se deve eventualmente aos programas de treino para a integração nestas residências que, pelo que conhecemos, são mais sistematizados e dirigidos para o treino da autonomia de base e residencial do que para actividades comunitárias. De qualquer forma os sujeitos que vivem nas famílias provavelmente também terão maior facilidade de experienciar situações relacionadas com o terem de participar na preparação e realização das compras e com o terem de se deslocar, que por força das circunstâncias e das necessidades têm eventualmente de utilizar transportes e de conhecer os símbolos da comunidade, o que indirectamente poderá facilitar a aquisição de outras competências com é o caso do reconhecimento e utilização dos serviços como bancos, correios, entre outros. Consideramos que a este nível provavelmente estes sujeitos

estão menos segregados e isolados socialmente, mesmo sendo as famílias, conforme já referimos anteriormente, fonte e alvo de processos de estigmatização e exclusão social.

Numa outra perspectiva, não sendo fácil tirarmos conclusões a partir destes dados relativamente a qual dos grupos possui maior autonomia funcional, se levarmos em linha de conta o número de itens onde encontramos diferenças significativas entre os grupos (o que traduz, conforme vimos, uma maior autonomia para um dos grupos), encontramos catorze itens muito significativos e um significativo nos sujeitos das residências versus oito muito significativos, dois significativos e um pouco significativo nos sujeitos do grupo das famílias e ainda nenhum item significativo relativamente aos utentes dos internamentos hospitalares. Parece podermos concluir que são os sujeitos das residências que apresentam melhor funcionalidade geral e portanto eventualmente melhor qualidade de vida.

Após termos efectuado a descrição e análise dos resultados encontrados relativamente a cada domínio, iremos no ponto seguinte deste capítulo apresentar uma síntese dos dados empíricos, que nos possibilite retirar algumas conclusões em relação à problemática em estudo e verificar da pertinência da hipótese por nós formulada.

## **5.2. Síntese dos Resultados**

Depois de termos efectuado a descrição da informação empírica recolhida, na qual privilegiamos através de análises comparativas entre os grupos, a apresentação articulada dos dados, iremos nesta parte do trabalho, em primeiro lugar, caracterizar de uma forma compacta, sucinta e pragmática cada um dos grupos que constituem a nossa amostra. Incluiremos alguns dados demográficos já referenciados anteriormente, já que consideramos que estes podem ter alguma influência nas respostas declaradas pelos sujeitos relativamente a cada item. Procuraremos também sintetizar os resultados registados por grupo, relativamente a cada domínio, enfatizando os itens em que encontramos diferenças significativas. Pensamos que esta reorganização facilita a compreensão dos resultados e abre o caminho para que, quer relacionando com o nosso quadro teórico, quer com outros estudos desenvolvidos neste âmbito, possamos concluir se as pessoas que possuem esquizofrenia apresentam diferenças de qualidade de vida em

função do contexto onde estão inseridas e por conseguinte se a política de saúde mental portuguesa, de cariz comunitária, se configura como um instrumento de promoção da qualidade de vida destes sujeitos.

Assim, relativamente ao grupo de sujeitos que se encontram inseridos nas famílias, dos trinta e quatro sujeitos entrevistados, dez são do sexo feminino e vinte e quatro são do sexo masculino. Apresentam uma média de idades que ronda os quarenta anos de idade, que variam num intervalo em que o sujeito mais novo possui vinte e quatro anos e o mais velho cinquenta e oito. Em termos de escolaridade a moda situa-se na 4ª classe (dezasseis dos sujeitos em trinta e quatro) e relativamente à condição perante o trabalho vinte e três dos sujeitos encontram-se reformados por invalidez, seis estão empregados, dois de baixa e três em situação de desemprego.

Em termos do domínio físico, nos dois itens em que encontramos diferenças significativas, foram estes os sujeitos que mais referiram possuir tremores e tomarem medicação sem prescrição. Ainda que sem diferenças significativas para com os outros grupos foram também estes os sujeitos que mais referiram possuir dores de cabeça ou outros problemas físicos e que mais declararam ter dificuldades em dormir.

Relativamente ao domínio psicológico, num dos dois itens onde encontramos diferenças muito significativas, foram estes os sujeitos que mais referiram sentir-se culpados por as coisas não terem corrido bem. Embora sem diferenças significativas para com os outros grupos foram também estes os sujeitos que mais referiram sentirem-se calmos e relaxados, que mais tiveram iniciativa para comunicar com alguém que desejavam, que mais se sentiram confiantes e que mais consideraram poder contar com os outros no caso de terem problemas com dinheiro ou outro problema pessoal. Pela negativa, foram também estas pessoas que mais referiram verbalizar coisas estranhas ou estúpidas, que mais declararam ter tido sensações ou sentimentos bizarros, que mais referenciaram irritar-se com facilidade e terem tido episódios de cólera que os levou a partir objectos ou a bater em alguém. Foram ainda os indivíduos que vivem com os familiares que mais referenciaram ter tido a impressão que diziam mal deles, que mais referiram ter dificuldades em explicar o que querem verbalizar, que mais tentaram ou pensaram no suicídio e que mais declararam falar sozinhas. De referir que do total de vinte

e quatro itens em que não encontramos diferenças significativas, ocorreu uma maior frequência destes aspectos nestes sujeitos em cinco pela positiva e em onze pela negativa. Noutra perspectiva, foram estes sujeitos que menos referiram sentir-se optimistas em relação ao futuro, que menos referem ter tido confiança nos outros e que menos se sentiram em segurança.

No que diz respeito ao domínio social, num dos três itens onde encontramos diferenças muito significativas entre os três grupos, foram as pessoas que se encontram inseridas nas famílias que mais declararam que escreviam a amigos e a familiares. No único item deste domínio onde encontramos diferenças significativas, foram também estes os sujeitos que mais referiram ter tido encontros amorosos com um(a) homem/mulher e em dois dos quatros itens em que encontramos diferenças pouco significativas entre os grupos foram ainda estes indivíduos os que por um lado mais referenciaram ter procurado emprego e por outro que mais referiram ter sentido que nada os interessava. Em cinco dos restantes oito itens em que não encontramos diferenças significativas entre os grupos, foram estes os sujeitos que mais referiram possuir boas relações familiares, encontrarem-se com amigos, participarem em reuniões sociais e praticarem desporto. Foram ainda os que mais declararam ter tido problemas com a policia. Noutra perspectiva, foram estes os sujeitos que menos referiram terem agido sem ter em conta os sentimentos dos outros, que menos declararam terem tido a impressão que a maior parte das pessoas fazia tudo mal feito e que menos referenciaram terem visto televisão.

Relativamente à satisfação face à vida, em dois dos três itens em que encontramos diferenças pouco significativas entre os grupos, foram estes os sujeitos que mais referiram terem estado satisfeitos com o apoio clinico e com as relações com os seus familiares. Noutra perspectiva, foram também as pessoas que residem com os seus familiares que menos referiram estar satisfeitos relativamente ao quarto e comodidades e serviços do local onde residem e que ainda menos declararam estar satisfeitos com a saúde , com as actividades que realizam para se divertir, com a situação financeira e com forma como se relacionam com os outros.

Em termos de autonomia funcional, no que diz respeito à autonomia de base embora os valores encontrados sejam muito próximos e em alguns casos até exactamente

idênticos aos registados para o grupo das residências, foram estes os sujeitos que de uma forma muito significativa por relação aos do internamento mais referiram serem independentes relativamente à postura à mesa e à higiene oral. Com uma diferença significativa em relação também aos que residem nos internamentos foram também os que mais declararam ser independentes na utilização dos talheres e no tomar banho. Embora não sendo significativo, foram também, conjuntamente com os sujeitos que residem nas residências os que mais referiram ser independentes na utilização dos sanitários, na higiene da barba e cabelo e no vestir e despir. Relativamente à autonomia residencial, num dos dez itens em que encontramos diferenças muito significativas entre os grupos foram estes sujeitos que residem com os familiares, que mais referiram serem independentes na identificação da medicação. Em termos da autonomia comunitária, em cinco dos oito itens em que encontramos diferenças muito significativas entre os grupos foram estes os sujeitos que mais declararam serem autónomos no planeamento e realização das compras, no reconhecimento e utilização dos serviços da comunidade, na utilização dos transportes e identificação dos diferentes símbolos da comunidade. Encontramos ainda diferenças significativas em termos da independência destes sujeitos, no que diz respeito à gestão do orçamento e embora sem ser significativo na manipulação do dinheiro.

Relativamente ao grupo de sujeitos que se encontram inseridos nas residências comunitárias, dos trinta e dois sujeitos entrevistados, dezoito são do sexo feminino e catorze são do sexo masculino. Apresentam uma média de idades que ronda os quarenta e três anos de idade, que variam num intervalo em que o sujeito mais novo possui vinte e sete anos e o mais velho sessenta e sete. A escolaridade encontra-se mais distribuída pelas diversas categorias, embora a moda também se situe na 4ª classe, ainda que em menor número (nove dos sujeitos em trinta e dois). Relativamente à condição perante o trabalho vinte e nove dos sujeitos encontram-se reformados por invalidez, um encontra-se empregado e dois não possuem qualquer tipo de apoio.

Em termos do domínio físico, embora sem diferenças significativas, foram estes os sujeitos que mais frequentemente se consideraram em boa forma física. Com excepção também dos sujeitos que desmaiaram ou perderam a consciência, nos restantes itens o número de sujeitos que referenciaram a presença destes aspectos foi sempre inferior

relativamente aos que vivem nas famílias (dificuldades em dormir, dores de barriga, outro tipo de dores ou problemas físicos, tremores e toma de medicação sem prescrição) ou nos internamentos (falta de apetite, dores de cabeça, outro tipo de dores ou problemas físicos).

No que diz respeito ao domínio psicológico, num dos quatro itens em que encontramos diferenças pouco significativas entre os grupos, foram estes os sujeitos que mais declararam possuir uma boa capacidade de concentração. Embora sem diferenças significativas para com os outros grupos foram também estes os sujeitos que mais referiram optimismo em relação ao futuro, satisfação com o desempenho nas diversas actividades e sensação de segurança. Foram ainda os que mais declararam sentirem-se bem com a imagem pessoal, que confiaram nos outros e que os outros puderam contar com eles. Do total de vinte e quatro itens em que não encontramos diferenças significativas, ocorreu uma maior frequência destes aspectos nestes sujeitos, pela positiva, em seis itens. Noutra perspectiva, os sujeitos que residem nas residências comunitárias foram os que menos declararam irritarem-se com facilidade, terem repetido de uma forma continua uma ideia ou pensamento, que menos verbalizaram coisas estranhas ou estúpidas, que menos tiveram sensações ou sentimentos bizarros e impressão que algo terrível poderia acontecer e que menos apresentam dificuldades em tomar decisões. Foram também estes os sujeitos que menos referiram que falam sozinhos, que menos têm a impressão que dizem mal deles, que menos referenciam ter dificuldades em explicar aos outros o que querem dizer e que menos dificuldades apresentam em controlar os seus sentimentos. Por outro lado, foram também as pessoas que residem nas estruturas comunitárias que menos referenciaram sentirem-se calmos e relaxados, que menos têm se sentido felizes, que menos referiram possuir iniciativa para comunicar com quem desejam, que menos sentiram que podiam contar com os outros se tivessem um problema com dinheiro e que os outros estavam dispostos a colaborar com eles.

Relativamente ao domínio social, em dois dos três itens onde encontramos diferenças muito significativas entre os três grupos, foram estes os sujeitos que mais declararam desenvolver uma actividade profissional e participar nas tarefas domésticas. Também em dois dos quatros itens em que encontramos diferenças pouco significativas entre os grupos foram ainda estes sujeitos que residem nas residências comunitárias os que

mais referiram gastar o dinheiro de forma razoável e dedicarem-se a um passatempo.

No que diz respeito à satisfação face a vida, no único onde encontramos diferenças muito significativas foram os sujeitos que se encontram a residir nas estruturas comunitárias que mais referiram estarem satisfeitos com o local onde residem. Também no único item onde encontramos diferenças significativas entre os grupos, foram estes os sujeitos que mais declararam estarem satisfeitos com o quarto onde dormem. Num dos três itens em que encontramos diferenças pouco significativas foram ainda estes os sujeitos que mais referenciaram estar satisfeitos com as comodidades e serviços do local onde residem. Embora sem diferenças significativas para com os outros grupos, foram ainda os sujeitos das residências que mais referiram estar satisfeitos com o seu estado de saúde, com a alimentação que fizeram, com as pessoas com quem vivem e com a forma como organizaram o seu dia-a-dia, em particular no que diz respeito às actividades de lazer. Foram ainda os que declararam terem-se sentido mais satisfeitos relativamente à sua vida em geral. Noutra perspectiva foram também os que menos referiram estar satisfeitos com o vestuário que usam e com a sua vida sentimental.

Em termos de autonomia funcional, na parte da autonomia de base, conforme já referimos anteriormente, os valores encontramos para este grupo foram relativamente idênticos aos do grupo de sujeitos que vivem com os familiares e significativamente diferentes em relação aos que residem nos internamentos hospitalares, nomeadamente no que diz respeito aos itens que se relacionam com a alimentação e cuidados pessoais. Nos itens que integram a parte do arranjo pessoal, encontramos diferenças muito significativas em relação aos outros dois grupos relativamente ao tratamento do vestuário e significativos no que se relaciona com a adequação do vestuário, já que em ambos os casos, foram estes os sujeitos que mais declaram ser independentes. Na autonomia residencial, em nove dos dez itens em que encontramos diferenças muito significativas, foram estas as pessoas que mais declararam não terem grandes dificuldades na recordação e ida às consultas, na toma da medicação, na gestão de problemas de saúde e na identificação dos efeitos secundários da medicação. Foram também os que mais demonstraram facilidade relativamente à identificação de regras de segurança e na adequação das respostas relativamente a situações de emergência. Em termos da

organização de uma casa, o que inclui a organização e confecção de uma refeição e a limpeza e arrumação, foram também estes indivíduos que mais referiram ser independentes. No que diz respeito à autonomia comunitária, em três dos oito itens em que encontramos diferenças muito significativas entre os grupos, foram estes sujeitos que habitam as residências comunitárias que mais se declararam independentes na parte que se relacionava com o trabalho e que incluía a motivação, as competências gerais e a adaptação a tarefas específicas.

Relativamente ao grupo de sujeitos que se encontram a residir nos internamentos hospitalares, dos trinta e cinco sujeitos entrevistados vinte são do sexo feminino e quinze são do sexo masculino. Apresentam uma média de idades que ronda os cinquenta e dois anos de idade, que variam num intervalo em que o sujeito mais novo possui vinte e cinco anos e o mais velho sessenta e nove. A escolaridade está também mais distribuída pelas diversas categorias, embora hajam mais pessoas sem escolaridade (cinco sem saber ler e escrever e oito que mesmo sabendo não andaram na escola). A moda também se situe na 4ª classe, em igual número relativamente ao grupo anterior (nove dos sujeitos em trinta e cinco). Relativamente à condição perante o trabalho trinta e três dos sujeitos encontram-se reformados por invalidez e dois encontram-se desempregados.

Em termos do domínio físico, no único item onde encontramos diferenças pouco significativas, foram estes os sujeitos que mais referiram possuir falta de apetite. Embora sem diferenças significativas para com os outros grupos foram também estes os sujeitos que mais referiram possuir dores de barriga e que menos referiram sentir-se em boa forma física. Por outro lado, foram também os que menos referiram tremores, toma de medicação sem prescrição e dificuldades em dormir.

Relativamente ao domínio psicológico, num dos dois itens em que encontramos diferenças muito significativas entre os grupos, foram estes os sujeitos que mais referiram dificuldades em tomar decisões. Nos dois itens onde encontramos diferenças significativas foram também estes os sujeitos que mais declararam ter tido mau humor e impressão que algo terrível poderia acontecer. Em três dos quatro itens onde encontramos diferenças pouco significativas foram estas pessoas que vivem nos internamentos hospitalares que mais referenciaram a repetição de uma ideia ou pensamento, que mais declararam



sentirem a solidão e dificuldades em controlar os sentimentos. Ainda que sem diferenças significativas para com os outros grupos foram também estes os sujeitos que mais referiram sentirem-se felizes e que os outros estavam dispostos a colaborar com eles. Pela negativa, foram também os que mais declararam sentiram que tinham as ideias pouco claras e que mudavam de humor sem razão. Assim, do total de vinte e quatro itens em que não encontramos diferenças significativas, ocorreu uma maior frequência destes aspectos nestes sujeitos em dois itens, pela positiva e pela negativa também em dois itens. Noutra perspectiva, foram também os sujeitos que residem nos internamentos hospitalares que menos referenciaram sentirem-se com confiança, que menos declararam que os outros puderam contar com eles e que menos consideraram que se sentem à vontade e podem contar com os outros no caso de terem um problema pessoal. Foram também estas pessoas que menos referenciaram estar satisfeitas com o seu desempenho nas diversas actividades que realizam e que menos referiram a ocorrência de episódios de cólera que os levou a partir objectos ou a bater em alguém.

No que diz respeito ao domínio social, embora as diferenças encontradas entre os grupos relativamente a estes itens não sejam significativas, foram estes os sujeitos que mais referiram ter agido sem ter em conta os sentimentos dos outros e que mais tiveram a impressão que a maior parte das pessoas fazia tudo mal feito. Foram ainda estas pessoas que se encontram a residir nos internamentos hospitalares que mais declararam ver televisão. Noutra perspectiva foram também estes os sujeitos que em termos gerais, menos declararam possuir boas relações familiares, que menos se encontraram ou escreveram a amigos e familiares, que menos participaram em reuniões sociais, que menos desenvolveram uma actividade profissional e que menos encontros tiveram com um parceiro do sexo oposto. Foram ainda os que menos referiram terem gerido os rendimentos de forma razoável, que menos participaram nas tarefas domésticas e praticaram um desporto. Por outro lado, foram também os que menos declararam terem sentido que nada os interessava e que menos referiram terem tido problemas com a autoridade.

Relativamente à satisfação face à vida embora sem diferenças significativas para com os outros grupos, foram estes os sujeitos que em quatro destes dez itens, mais

declararam estar satisfeitos com o vestuário que usam, com a sua vida sentimental, com a forma como se relacionam com os outros e com a sua situação financeira. Noutra perspectiva, foram também estas pessoas que residem nos internamentos hospitalares que menos referenciaram estar satisfeitos com o local onde residem, com a alimentação que fazem, com a forma como organizam o seu dia-a-dia e com o apoio clínico. Foram ainda as que menos declararam estar satisfeitas com as pessoas com quem vivem, com as relações que possuem com os seus familiares, com a sua vida em geral.

Em termos da autonomia funcional foram estes os sujeitos que se declararam mais dependentes. Em termos globais, o que inclui a autonomia de base, residencial e comunitária, do total de trinta e um itens deste domínio, os sujeitos que residem nos internamentos hospitalares consideraram-se de uma forma muita significativa, mais dependentes do que os sujeitos do outros dois grupos, em vinte e um itens. Declararam-se ainda de uma forma significativa, os mais dependentes em três aspectos e de uma maneira pouca significativa em um item. Nos restantes seis itens, embora as diferenças encontradas não sejam significativas, foram também estas pessoas que se encontram inseridas nos internamentos hospitalares que mais referenciaram dificuldades e por conseguinte maior dependência.

Agora, que já possuímos duas formas de organização da informação empírica recolhida, que introduzindo formas distintas de se ler ou apresentar os resultados, contribuem para uma melhor clarificação e pragmatização da análise resultante, estamos mais disponíveis para iniciar a caminhada que nos conduzirá à verificação da pertinência da hipótese formulada.

Em termos globais encontramos diferenças muito significativas entre os grupos em vinte e oito itens, significativas em nove e pouco significativas em doze. Não encontramos diferenças significativas nos restantes cinquenta e cinco itens.

Como síntese, no domínio físico, onde encontramos diferenças significativas em dois itens, pouco significativas em um e não significativos em seis, se considerarmos que de facto, nas vivências reais do dia-a-dia a presença destes sintomas, com maior ou menor frequência, poderá interferir directa ou indirectamente na qualidade de vida dos diversos sujeitos, então parece-nos que os utentes que se encontram inseridos nas estruturas

comunitárias são aqueles que apresentam melhor qualidade de vida, já que foram os que de forma significativa menos referiram falta de apetite e que conjuntamente com os que residem nos internamentos menos declararam tomar medicação não prescrita e menos referiram a presença de tremores. Foram ainda os que menos referenciaram terem tido dores de cabeça ou outros problemas físicos e que mais declararam sentir-se em boa forma física. Por razões inversas, os sujeitos que vivem juntos dos seus familiares parecem ser, neste âmbito, os que apresentam menor qualidade de vida, já que foram os que em termos gerais, mais referenciaram pela negativa a presença deste tipo de sintomas. Parece-nos evidente que os tremores quer sejam de origem fisiológica ou psicossomática, em paralelo com o facto de se ter o mau hábito de tomar medicação sem prescrição, o que de alguma forma pode representar uma maior necessidade de combater uma situação de mal estar (de referenciar que foram estes sujeitos que habitam com os seus familiares, os que mais declararam possuir dores de cabeça ou outros problemas físicos), conjuntamente com dificuldades em dormir, configuram, para quem os apresenta, um cenário objectivo de menor qualidade de vida.

No que diz respeito ao domínio psicológico, encontramos diferenças muito significativas entre os grupos em dois itens, significativas também em dois, pouco significativas em quatro e não significativas nos restantes vinte e cinco. Levando em consideração que a presença destes aspectos na vida das pessoas, interfere no seu bem estar e portanto na qualidade de vida, sendo os sujeitos que residem nas residências comunitárias os que menos referenciam a presença pela negativa de quinze em dezoito deste tipo de sintomas (só não foram os que menos referiram sentirem-se culpados por as coisas terem corrido mal e que embora sem ser significativo, menos referenciaram a ocorrência de episódios de cólera que os levou a partir objectos ou a bater em alguém) parece que são, tal como para o domínio físico, os que apresentam melhor qualidade de vida. Esta conclusão é ainda mais reforçada se levarmos em consideração que foram também estas as pessoas que mais declararam sentirem-se optimistas em relação ao futuro, estarem satisfeitos com o desempenho nas diversas actividades que realizam, conseguirem-se concentrar, sentirem-se bem com a auto-imagem e em segurança, sentirem-se à vontade e confiarem nos outros e que estes puderam contar consigo (o que corresponde a oito dos quinze itens que estavam formulados pela positiva). Pelo mesmo

motivo, parecem ser os sujeitos que residem nos internamentos hospitalares os que apresentam menor qualidade de vida, já que foram os que mais referenciaram a presença pela negativa da maioria dos sintomas onde encontramos diferenças muito significativas (um em dois), significativas (dois em dois) e pouco significativas (três em três). Indiscutivelmente, pensamos que o facto de determinados indivíduos estarem sempre a pensar na mesma coisa, terem a impressão que algo de terrível lhes pode acontecer, andarem mal humorados, terem dificuldades em controlar os sentimentos, sentirem-se sós, possuírem dificuldades em se concentrarem e apresentam dificuldades em tomar decisões, tem implicações objectivas na qualidade de vida desses sujeitos.

Relativamente ao domínio social encontramos diferenças muito significativas entre os grupos em três itens, significativas em um, pouco significativas em quatro e não significativas nos restantes oito itens. Embora consideremos não nos ser possível concluir, a partir da análise dos resultados dos diversos itens deste domínio, qual dos grupos apresenta melhor qualidade de vida, não deixamos de registar o facto de, por um lado, talvez serem os sujeitos que se encontram a residir com os familiares que apresentam melhor suporte social, já que foram os que mais referiram possuir boas relações com os familiares, relacionarem-se com um parceiro do sexo oposto, encontrarem-se e escreverem a amigos e participarem em reuniões sociais. Por outro lado as pessoas que vivem nas residências comunitárias parecem ser mais dinâmicas, motivadas e autónomas, já que são as que mais frequentemente desenvolvem actividades de vida diária (domésticas, com gestão independente de dinheiro), de lazer e profissionais. Se noutro ponto de vista, considerarmos apenas os itens onde encontramos diferenças significativas e analisarmos de uma forma mais minuciosa a influência que esses aspectos poderão ter na vida dos sujeitos, talvez possamos considerar que os sujeitos que residem nas estruturas comunitárias apresentam, neste âmbito, melhor qualidade de vida do que os que vivem nas famílias. É que o facto das pessoas que vivem nas residências, exercerem de uma forma muito mais significativa uma actividade profissional, atribuí-lhes um papel social mais integrado e maiores recursos financeiros, que geridos eficientemente (como é o caso, embora com diferenças pouco significativas) promove a qualidade de vida. Reforça esta situação serem estas pessoas que também de forma muito significativa, mais executam actividades domésticas e de lazer, o que só contribui e valoriza o sentido de autonomia

e participação social. Por outro lado embora tenham sido os sujeitos que residem com os familiares que mais referiram ter procurado emprego (com diferenças pouco significativas), foram também os que mais referenciaram que nada os interessava, o que transmite uma certa sensação de vazio, de desmotivação, que obviamente tem implicações na qualidade de vida. De qualquer forma parece não deixar dúvidas que os sujeitos que residem nas estruturas comunitárias e nas famílias apresentam uma maior qualidade de vida do que os que vivem nos internamentos hospitalares.

Relativamente ao grau de satisfação face à vida, embora da aplicação do teste estatístico tenham resultado apenas três itens com diferenças pouco significativas, um com diferenças significativas e um com muito significativas, sobressai o facto de serem os sujeitos que residem nas residências comunitárias aqueles que estão mais satisfeitos relativamente às comodidades e local onde residem, situação que necessariamente influencia pela positiva a qualidade de vida desses sujeitos. Em sentido inverso, são as pessoas que vivem nos internamentos hospitalares que estão menos satisfeitas com a sua vida, já que são as que menos referiram gostar do local onde residem, estão menos satisfeitas com alimentação que fazem, com a forma como ocupam o seu dia, com o apoio clínico, com as pessoas com quem vivem e em particular com as relações familiares. Pensamos que o facto de terem referido de forma muito significativa não gostarem do local onde residem, não estarem satisfeitos com o tipo de relacionamento familiar e ainda por cima estarem pouco satisfeitos com o apoio clínico e com os pessoas com quem vivem (pessoas com quem passam a maior parte do tempo) poder ser um sintoma claro de menor qualidade de vida destes sujeitos.

Relativamente ao último domínio, parece que os sujeitos que vivem nas residências comunitárias apresentam níveis de autonomia de base relativamente idênticos aos que vivem nas famílias e superiores aos que vivem nos internamentos, mas são mais independentes do que os que vivem nas famílias e muito mais do que os que vivem nos internamentos, no que diz respeito à autonomia residencial. Relativamente à autonomia comunitária, se excluirmos a relação com o trabalho, parecem ser os sujeitos que vivem integrados nas famílias que apresentam maior funcionalidade do que os que residem nas residências ou fundamentalmente nos internamentos.

Por outro lado, embora seja complexa a análise que nos permita concluir qual dos grupos possui em termos gerais, maior autonomia funcional, se considerarmos exclusivamente, em termos de comparação, os catorze itens onde encontramos diferenças muito significativos e um onde se registaram diferenças significativas dos sujeitos das residências em relação aos dos outros grupos, e ainda oito muito significativos, dois significativos e um pouco significativo dos sujeitos do grupo das famílias e ainda nenhum item significativo relativamente aos utentes dos internamentos hospitalares, parece podermos concluir que são os sujeitos das residências os que apresentam uma melhor funcionalidade geral e portanto eventualmente melhor qualidade de vida. De qualquer forma, o que parece não deixar dúvidas é que os sujeitos que vivem nas residências e nas famílias apresentam níveis de funcionalidade e independência geral superiores à dos que vivem nos internamentos hospitalares.

Assim, parece podermos concluir que os sujeitos que vivem nas residências comunitárias apresentam melhor qualidade de vida do que os que residem com os seus familiares e principalmente do que as pessoas que se encontram inseridas nos internamentos hospitalares, já que globalmente foram os que demonstraram uma melhor adequação e equilíbrio relativamente ao domínio bio-psico-social, em relação à satisfação face ao local onde residem e à vida em geral e que em paralelo com os sujeitos que vivem nas famílias apresentaram maior independência do ponto de vista funcional.

Estas conclusões parecem estar em conformidade com estudos desenvolvidos por outros autores, nomeadamente o que foi desenvolvido por Gladis et al. (1999) que demonstraram que as pessoas com doença mental que se encontram integradas em programas de intervenção comunitária apresentam melhor qualidade de vida do que as que se encontram a residir nos hospitais psiquiátricos.

Nesta perspectiva, a política de saúde mental portuguesa que vigora desde 1999, que veio regulamentar a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a partir da comunidade, criando-se para tal estruturas comunitárias com fins diversos, privilegiando-se a intervenção também a partir dos hospitais gerais e incentivando a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição significativa das suas lotações e de seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais, pode ser

considerada, do ponto de vista conceptual, como um instrumento promotor de qualidade de vida. Pensamos que a implementação efectiva desta lei, que na sua essência preconiza uma intervenção mais descentralizada, mais próxima das populações e dos contextos naturais, pode contribuir para combater a exclusão e estigmatização de que ainda são alvo estas pessoas e contribuir, através duma atitude preventiva, para promover a integração social e a melhoria da qualidade de vida. Conforme constatamos neste estudo, (embora se deve realçar a sua natureza exploratória) as pessoas que residem em condições habitacionais mais próximas do padrão da normalidade, o que inclui não só a estrutura material e arquitectónica mas as próprias dinâmicas funcionais e relacionais que se operam a partir daí, parecem apresentar melhor estabilidade psicopatológica (menos presença de sintomas, nomeadamente do tipo positivos, o que de acordo com um estudo citado em 1997 por Webtrack, se concluiu que quanto mais severos forem os sintomas, maior será o seu impacto na qualidade de vida percebida pelo sujeito), melhor satisfação face à vida, maior autonomia e por conseguinte melhor inserção social e qualidade de vida. Este ideia pode ainda ser reforçada pelo facto dos actuais protocolos de intervenção terapêutica (que combinam as abordagens psicoterapêuticas com a psicofarmacologia eficiente dos nossos dias) possibilitarem tempos de internamento mais reduzidos do que antigamente, o que facilita o tratamento em regime de ambatório e a manutenção dos sujeitos nos contextos familiares ou em outros contextos de inserção afins (resultantes de resposta social ou não), que diferentes em alguns aspectos dos despersonalizados hospitais psiquiátricos, ajudarão a prevenir e a minimizar as disfunções produzidos por uma doença crónica e a promover maior autonomia, satisfação e qualidade de vida.

Por outro lado, se em termos da prevenção, da eficiência terapêutica e da qualidade de vida, para determinados casos, este modelo de organização de prestação de cuidados parece apresentar algumas virtualidades, não podemos deixar de levar em consideração a quantidade de doentes crónicos que se encontram institucionalizados nos hospitais psiquiátricos portugueses, a quem urge dar uma resposta reabilitativa, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. Se é certo que esta Lei, através de alguns decretos que a regulamenta, prevê um conjunto de estratégias e equipamentos que possibilitarão o processo de desinstitucionalização, que em princípio produzirá um melhor nível de funcionalidade, de satisfação e de qualidade na vida destes sujeitos, (são exemplo disso

alguns dos sujeitos que vivem nas residências e que outrora já residiram em internamentos hospitalares) também não podemos deixar de referir que não fica completamente claro pelas conclusões deste estudo, que estes sujeitos, a transitarem para outras respostas sociais venham a apresentar melhor qualidade de vida. Dizemos isto porque por um lado estes sujeitos já apresentam em termos gerais uma idade avançada, possuem um nível de escolaridade baixo, estão na sua maioria reformados, possuem um nível de autonomia e de suporte social muito deficitário e apesar de tudo, para muitos deles a instituição hospitalar e quem nela trabalha são as únicas referências de décadas. Por outro lado da análise global dos resultados, de cento e quatro itens avaliados não encontramos diferenças significativas entre os grupos em cinquenta e cinco itens e apenas encontramos diferenças muito significativas em vinte e oito itens, significativas em nove e pouco significativas em doze. Pensamos que embora existindo diferenças entre os três grupos, por não serem mais significativas, não podemos afirmar com total segurança, que estes sujeitos apresentariam melhor qualidade de vida se fossem integrados noutro contexto de inserção. Nesta perspectiva, se por regra se deve valorizar a vontade e necessidade das pessoas, pensamos que neste caso, essa opinião ainda deve ser ainda mais levada em consideração, em detrimento da daqueles que, pondo à frente interesses pessoais e políticos ou ideologias pouco fundamentadas, consideram que estes sujeitos não têm ou não se encontram em condições de decidir o rumo da sua vida ou que as próprias opiniões e motivações, num processo de desinstitucionalização, também podem ser objecto de intervenção.

De qualquer forma não podemos deixar de lembrar que na prática este tipo de respostas apenas ainda cobre uma parte muito reduzida das necessidades. Se tivermos em consideração que estes processos de reabilitação são morosos e que, conforme analisámos anteriormente, o número de unidades de vida protegida e autónomas existentes em Portugal em função do número de pessoas que se encontram a residir nos hospitais psiquiátricos é ainda extremamente reduzido, podemos concluir que estas pessoas estão condenadas, a não ser essa a sua vontade, a continuar a viver nos hospitais psiquiátricos durante os próximos anos.

Por outro lado, a ausência deste tipo de estruturas em número significativo, inviabiliza também que os sujeitos que residem nas famílias possam optar por viverem



sozinhos, numa lógica de emancipação e independência. Se levarmos em linha de conta as teorias e alguns estudos desenvolvidos nesta área, que referenciam que em alguns casos as famílias são factores precipitantes e agudizantes do processo patológico, então mais se justificaria a existência de estruturas comunitárias que possibilitassem uma melhor adequação psicopatológica e consequentemente uma melhor qualidade de vida a estes sujeitos. Nesta perspectiva levando em consideração o número estruturas comunitárias existentes em Portugal, bem como o número de doentes mentais que lá se encontram a residir por comparação com os que residem junto dos seus familiares, podemos concluir que actualmente a instituição familiar é o principal recurso de integração comunitária, verdadeiramente alternativos aos hospitais psiquiátricos e à má qualidade de vida que, conforme vimos estes possibilitam. Não deixa de ser interessante, conforme refere Alves (1998), num estudo em que concluiu que as famílias portuguesas são o principal suporte da política de saúde mental, que as famílias continuem a ser entendidas como um parceiro menor neste processo de integração social e que continuem a não existir medidas formais para as apoiar.

Assim, em função de todas as considerações efectuadas, consideramos que a hipótese por nós formulada tem pertinência, isto é, a integração comunitária de pessoas com psicose esquizofrénica, enquadrada na filosofia da política de saúde mental em Portugal, (embora ainda com pouca implementação efectiva de estruturas comunitárias, o que empurra as famílias para o principal suporte de inserção social) promove a melhoria da qualidade de vida e satisfação face à vida. De qualquer forma, urge a implementação efectiva de planos locais de inserção social, tendo como pilar as estruturas comunitárias, já que tendo com certas as conclusões deste estudo meramente exploratório, são estas, as respostas de inserção social que proporcionam mais qualidade de vida às pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Esperemos que esta não seja mais uma reforma adiada, tal como algumas anteriormente anunciadas.

## **Conclusão**

O final de um trabalho confronta-nos sempre com a necessidade de efectuarmos a conclusão ou as conclusões. Apesar de em termos de opção metodológica termos introduzido ao longo desta dissertação, algumas deduções resultantes da análise da informação empírica recolhida, consideramos pertinente apresentarmos um articulado que nos possibilite enfatizar os aspectos mais relevantes que em nosso entender resultam desta pesquisa. Imbuídos pela sensação de muito ter ficado por dizer e analisar (o tempo é limitado e impõe-nos escolhas), pensamos de qualquer forma ter atingido o objectivo que nos propusemos. O objectivo da nossa pesquisa, incidindo na Psiquiatria Comunitária como opção de Política Social que tem orientado o discurso legal sobre a problemática da doença mental em Portugal conduziu-nos à análise da relação entre a inserção social das pessoas com esquizofrenia e a sua qualidade e satisfação face à vida.

Vimos que a realidade portuguesa no que respeita aos cuidados de psiquiatria e saúde mental é algo complexa e por vezes contraditória. Se por um lado a psiquiatria comunitária (onde as estruturas comunitárias e a prestação de cuidados a partir de departamentos/serviços dos hospitais gerais são apontados como principais instrumentos de implementação desta política), está legislada e regulamentada à décadas, na prática a prestação dos cuidados ainda se centra nos grandes hospitais especializados. Sendo ainda cedo para analisarmos o impacto da última lei de saúde mental (1998), fica claro da caracterização da resposta assistencial actual efectuada que na prática predominam as respostas desenvolvidas a partir dos hospitais psiquiátricos, pela escassez destas respostas tidas como alternativas, mas também pela ainda grande controvérsia existente neste micro-sistema da saúde em volta desta problemática.

Se levarmos em consideração as conclusões deste estudo e de outros similares, que parecem eleger as estruturas comunitárias e as famílias como a resposta mais integradora e promotora de qualidade de vida, diríamos que os cidadãos portugueses que apresentam um problema de saúde mental, estão desprotegidos de um suporte social efectivo e eficiente no sentido de minimizar o impacto nas suas vidas de uma doença crónica, ainda envolvida numa forte estigmatização.

Urge que em Portugal se efectuem de forma sistematizada, estudos epidemiológicos que ajudem a clarificar mentes desassossegadas e a harmonizar práticas e

escritos que as regulamentam, por forma a se ultrapassar os bloqueios assentes na ideologia subjectiva, nos interesses pessoais e grupais, nas lutas de poder, que tendem a falsear a leitura objectiva, pragmática e autentica e a dificultar a implementação das políticas regulamentadas.

Se relativamente às leis parece que a sociedade portuguesa caminha na estrada certa, relativamente a sua implementação efectiva muito ainda há para vencer e ultrapassar.

Pensamos que em toda a história e adequado ao contexto socio-cultural de cada época, em termos gerais (não particularizando), quer estando presos ou encerrados em asilos, quer estando inseridos nos actuais hospitais psiquiátricos ou estando mais inseridos socialmente (família ou estruturas sociais comunitárias), as pessoas que apresentam uma doença mental estão sempre à mercê das convicções externas e não dispõem de instrumentos que lhes permitam definir as opções de vida que consideram mais relevantes e que as podem conduzir a níveis de qualidade de vida satisfatórios ou adequados.

Esperamos que esta dissertação possa contribuir, à sua escala, para ajudar a clarificar a problemática da inserção social das pessoas com doença mental e sensibilizar todas aquelas que de alguma forma lidam com esta questão para a obrigatoriedade de avançar e mudar práticas de décadas que parecem não ter produzido grandes resultados, bem como de ouvir os utilizadores destes serviços – porque afinal são eles os mais interessados.

# Referências Bibliográficas

## 1.Livros e Revistas

- **Aaronson, N. K, ( 1990)** “Quality of Life Research in Cancer Clinical Trials – a need for common rules and language”, In *Oncology*, nº 4 (5) , pp. 59-66.
- **Agra, C., (1986)**, “Science, Maladie Mentale et Dispositifs de Lénfance – du paradigme systemique”, (1ª edição), Lisboa, Instituto Nacional de Investigação científica
- **Almeida, C., (1989)** "Reorganização dos serviços de saúde mental", *Revista de Saúde Mental*, nº 207.
- **Almeida, C.et al., (1995)** “Princípios de Organização dos Serviços de Saúde Mental”. *Saúde Mental: Proposta de Mudança*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- **Alves, F., (1998)** “A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal”, Dissertação de Mestrado em Política Social e Serviço Social apresentada no Isssp, Porto (texto policopiado)
- **American Psychiatric Association, (1986)** “D. S. M. III, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais”, Lisboa, (Ed. Portuguesa), Livros técnicos e científicos Lda,.
- **American Psychiatric Association, (1996)** “D. S. M. IV”, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- **American Psychiatric Association, (1997)** “Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia”, *Official Journal of the American Psychiatric Association*, Vol.154, nº 4
- **Anty, M., (1977)** *Psychiatrie à l’Usager de l’Equipe Médico-Psychologique*, Paris, Editions Masson.

- **Arieti, S., (1965)** “Interpretación de la Esquizofrenia”, Madrid, Editorial Labor, S.A
- **Arranz, T., (1989)** “Assistencia Psiquiátrica en Pisos Assistidos : Teoría y Práctica”, Barcelona, Ed. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesus.
- **Araújo, R., (1987)** “A qualidade de vida do paciente esquizofrénico”, in actas do II Encontro de Saúde Mental, Juventude, Família e Vida Activa, Valongo.
- **Association Intercommunale de Guidance e Santé de Vottem, (1985)**, “Sistema Informatizado de Avaliação de Programas Psicossociais”, adaptado para a Portugal pelo Centro de Reabilitação Profissional de Ranholas
- **Bacharach, (1978)** “A Conceptual Approach to Deinstitutionalisation”, Hospital&Comm. Psychiatric, 29.
- **Baert, A., (1978)** “Os Centros Comunitários de Saúde Mental nos Estados Unidos”, Porto, Ed. do Instituto de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte.
- **Baker, F.; Intagliata, J., (1982)** “Quality of Life in the Evaluation of Support Systems”, Evaluation and Program Planning 5.
- **Baker, F. et al., (1990)**, “Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons”, Community Mental Health Journal, vol. 26, 6, pp. 497-505
- **Baker, F. et al., (1992)** “Social support and quality of life of community support clients”, Community Mental Health Journal, 28 (5) pp. 397-411
- **Baker, F. et al., (1993)** “The politics of closing state mental hospitals: a case of increasing policy gridlock”, Community Mental Health Journal, vol. 29, 2, pp. 103-117
- **Barton, W., (1975)** "Alma-Ata: Marco de uma nova Era em Saúde", A Saúde no Mundo, Julho, 10-14.
- **Basaglia, F., (Dir.), (1970)** L'institution en Négation - Rapport sur l'Hôpital Psychiatrique de Gorizia, Paris, Editions du Seuil.

- **Basaglia, F. et al., (1976)** *La Majorité Déviante*. Paris; Union Générale d'Éditions.
- **Basaglia, F. et al., (1977)** "S/T in Fleming, M., (org.) *Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate*", Porto, Ed. Afrontamento. (Publicação das comunicações de debates realizados a 12, 13, 14 de outubro, organizados pela GODIP).
- **Bastide, R., (1967)** "Sociologia das Doenças Mentais", S. Paulo, Ed. Nacio.
- **Becerra, R., (1977)** "Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico", Buenos Aires, Argentina, Ed. Ecro.
- **Bech, P., (1993)** "Quality of Life masurement in chronic disorders. Psychotherapy and psychosomatics,n.º 59, pp. 1-10
- **Becker, M.; Diamond, R. ; Sainfort, F., (1993)**, "A New Patient Focused Index for Measuring Quality of Life in Persons With Severe and Persistent Mental", *Quality of Life Research* 2.
- **Becker, M.; Diamond, R., (1997)** "New Developments in Quality of Life Measurement in Schizophrenia", in: Katswehng, H.; Freeman, H.; Sartorius, N. *Quality of Life in Mental Disorders*,Chichester, England John Wiley e Sons.
- **Bell, J., (1977)** "Como Realizar um Projecto de Investigação", Lisboa, Gradiva.
- **Bergon, R. et al., (1993)** "International use, application and performance of health-related quality of life instruments", *Quality of Life Research*, 2, pp. 367-368
- **Bessa, Maria, (2000)** "Representações sobre qualidade de vida: - um estudo em Valongo", Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, apresentada na Universidade Aberta, Porto
- **Bigelow, Douglas; Grodsky, G.; Stwerwart L.; Olson, M., (1991)**, "The Concept and Measurement of Quality of Life as a Dependent Variable in Evaluation of mental Health Services", New York, Academic Press

- **Bigelow, D. et al., (1991)** “Quality of life of community mental health program clients: validating a measure”, Community Mental Health Journal, 27 (1), pp. 43-55
- **Blanco, A., (1985)** “La Calidad de Vida, supuestos psicosociales”.En J. F. Morales, *Psicologia Social Aplicada* . Bilbao, DD.B.
- **Bono, E., (1976)** “Nós, a loucura e a antipsiquiatria”, Porto, ed. Afrontamento
- **Brown, I. Et al., (1996)** “The Centrality of Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation”, In R. Renwick, Brown, & M. Nagler (EDS.) pág. 3-13, CA:Sage.
- **Bugard, P., (1964)** L'État de maladie - convergences genetiques, sociologiques et psychosomatiques, Paris, Masson.
- **Calman, K. C., (1984)** “Quality of life in cancer patients – an hypothesis” Journal R. Ethics, nº10, pp. 124-128.
- **Calnan, M., (1987)** “Health & Illness - the lay perspective”, London and New York, Tavistock Publications.
- **Carmo, H. et al., (1998)** “Metodologia da Investigação, guia de auto-aprendizagem”, Lisboa, Universidade Aberta
- **Castro, M. et al, (1987)** “Intervenção Institucional – Desinstitucionalização”, Revista dePsiquiatria Clinica, vol. 8, 2, pp.77-84
- **Campos, A. Correia de, (1990)** "O Estado Providência, Perspectivas de Financiamento: O Caso da Saúde", in Farmácia Portuguesa, nº. 66, Novembro-Dezembro.
- **Canguilhem, G., (1978)** “ O Normal e o Patológico”, Rio de Janeiro, Forense-Universitária
- **Caplan, G., (1980)** “Princípios de Psiquiatria Preventiva”, Rio de Janeiro, Zahar editores, S.A.



- **Carapinheiro, G. ; Pinto, Margarida Gameiro, (1987)** "Política de Saúde num País em Mudança: Portugal nos Anos 70 e 80", in Revista de Sociologia, Problemas e Práticas, nº. 3, Novembro.
- **Carreira, H. M., (1996)** "As Políticas Sociais em Portugal" Lisboa, Gradiva.
- **Castel, Robert, (1976)** L'Ordre Psychiatrique - l'âge d'or de l'alienisme. Paris, éditions Minuit.
- **Cella, D. F; Tulskey, D. S., (1990)** "Measuring quality of life today: methodological aspects", *Oncology*, nº4, pp. 29-38.
- **Chahvero, J., (1994)** "La Rehabilitacion y Reinsercion del Enfermo Mental Cronico Desde Los Centros de Rehabilitacion Psicosocial y Desde la Miniresidencia", V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Cohi, A., (1990)** "Estudio de la calidad de vida en pacientes esquizofrenicos segun la condicion de tratamiento", Revista de Psiquiatria da la Facultad de Medicina de Barcelona, 17 (5)9, pp. 210-218
- **Colon, M. F., (1988)** "Critérios operativos de diagnóstico das esquizofrenias", Revista de Psiquiatria II série (X) 1-2 Jan - Jun.
- **Comissão Para o Estudo da Saúde Mental, (1995)** "Conclusões e Recomendações". Proposta para a Mudança. Direcção Geral da Saúde.
- **Conrad, K., (1963)** "La Esquizofrenia Incipiente", México, Editorial Alhambra
- **Conseil de l'Europe, (1985)** "L'Avenir de la Santé Mentale", conférence des ministres européens de la santé, Estocolmo, 16 -18 Abril.
- **Conselho da Europa, (1994)** "Uma Política Coerente para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência", Bruxelas.

- **Cooper, D., (1971)** Mort de la Famille, Paris, Ed. du Seuil.
- **Cooper, Basaglia, Towkiewicz et all, (1977)** “Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate”, Porto, Ed. Afrontamento
- **Corces, V.; Leonardo Fagin, (1977)** “Ideologia de Psiquiatria Comunitária, in Fleming (coord.), psiquiatria e antipsiquiatria em debate, Porto, Ed. Afrontamento pp. 90-106. (Publicação das comunicações de debates realizados a 12, 13, 14 de outubro, organizados pela GODIP).
- **Cordeiro, J. C. Dias, (1986)** “Manual de Psiquiatria clínica”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- **Cordo, M., Nogueira, M<sup>a</sup>, (1991)** “Intervenção e Acção Inovadora no Trabalho de Reabilitação de Doentes Psíquicos de Evolução Prolongada”, in Hospitalidade, Revista de Saúde Mental, Relações Humanas e Problemas de Marginalização, Ano 55, nº. 214, Janº./Março.
- **Cordo, M., (1992)** “Desfamiliarização/Refamiliarização dos Doentes Psíquicos em Situação de Longo Internamento”, in Hospitalidade, Revista de Saúde Mental, Relações Humanas e Problemas de Marginalização, Ano 56, nº. 219, Abril/Junho.
- **Day, H. & Jankey, S. G., (1996)** “Lessons from literature: Toward a holistic model of quality of life”, In R. Renwick; F. Brown; M. Nagler (EDS.). Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 39-62.
- **Danzelot, J., (org.) (1991)** Face à L'exclusion, Le modele Français, Paris, Ed. Esprit.
- **Delgado, M. (coord) et al., (1995)** “Modelo de Gestão dos Serviços de saúde Mental” Saúde Mental - Proposta para a Mudança, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- **Devereux, Georges, (1977)** Essais d'Etnopsychiatrie Generale, Paris, Ed. Gallimard.
- **Devereux, Georges, (1981)** “A implementação cultural dos mecanismos de defesa”, in Análise psicológica ( etnópsiquiatria), nº4, Lisboa, ISPA

- **Dias, A.(coord.) et al., (1995)** “Inventariação e Análise do Sistema”. Saúde Mental - Proposta para a Mudança, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- **Dias, C.A., (1988)** “Para uma Psicanálise da Relação”, Porto, Afrontamento.
- **Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, (2001)** “Rede de Referenciação Hospitalar – Psiquiatria e Saúde Mental”.
- **Dupont, A., (1979)** “Psychiatric Case Register as a Basis for Estimation and Monitoring of Needs”, New York, Springer.
- **Durkheim, É., (1984)** “As regras do método sociológico”, Ed. Presença.
- **Dutta, E. K., Triparthi, B. M., Lal, R., (1995)** “Family Response to Paranoid and Non Paranoid Schizophrenic Patients”, in International of Rehabilitation Research, London.
- **Easterby-Smith, M. et al. (1991)** “Management Research, An Introduction”, London, Sage Publications
- **Einis, M., (1981)** “A antipsiquiatria e a tecnologia de controle social”, Análise psicológica ( etnopsiquiatria), nº4, Lisboa, ISPA
- **Enciclopédia Médico-Cirúrgica (1995)** Lisboa, LusoDitacta.
- **Escriba, P., (1991)** “ Ayer Hoy de Los Institucionalizados de La Psiquiatria: Apontes Sobre Una Experiência de Rehabilitacion”, in Revista de Tráball Social, nº. 122.
- **Ey, H. et al, (1989)** “Manual de Psiquiatrie”, Paris, Ed. Masson.
- **Fabello, M., (1994)** “Reabilitação Psicossocial: Experiências e Perspectivas dos Irmãos de S. João de Deus em Itália”, in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Fábregas, J. L., Calafat, A., (1978)** “Política de psiquiatria. Conversando com Laing”, Lisboa, Ed. Moraes.

- **Faquahar, R., (1995)** “Definition of quality of life: a taxonomy”, Journal of Advanced Nursing, 22, pp. 502-504
- **Fernandes, B., (1966)**, “Filosofia e Psiquiatria (experiência portuguesa e suas raízes)”, Coimbra, Oficinas da Atlântica
- **Ferrans, C. et all., (1985)** “Quality of life index. Development and psychometric properties”, Advanced Nursing Science, 8, pp.15-24
- **Ferreira, F. <sup>a</sup>, (1988)** “Sistemas de Saúde e seu Funcionamento”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- **Ferreira-da-Silva, L., (1989)** “L’Agression physique envers l’epouse - étude de sociopathologie familiale réalisée dans la société portugaise”. Tese de doutoramento em sociologia na École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- **Ferreira-da-Silva, L.; Alves, F. et al., (1997)** “‘Ele não está no seu normal’ - A esquizofrenia dita por doentes e seus familiares”, Psiquiatria Clínica, 18 (3) - pp. 239-250.
- **Ferreira-da-Silva, L.; Alves, F., (1998)**, “ ‘*I just hope he dies before me*’ - Lay knowledge and experience of schizophrenia by ill people and their relatives in Portugal”, Comunicação apresentada ao XIV Congresso Mundial de Sociologia (26 de Julho a 1 de Agosto), Montreal, Quebec, Canadá.
- **Ferrinho, P. et al., (1997)** “Desenvolvimento comunitário e reabilitação na comunidade”, Análise Psicológica, 3, (XV) pp. 443-448
- **Figueiredo, E., (1977)** “O Chapéu Reclame de Cigarros: Contribuição Para uma Psicoterapia Institucional”. Porto, Edições Afrontamento.
- **Flemming, M., (1976)** “Ideologias e Práticas Psiquiátricas”, Porto, Edições Afrontamento.
- **Foucault, M., (1966)**, “As Palavras e as Coisas”, Lisboa, Edições 70

- **Foucault, M., (1975)** “Vigiar e Punir”, Rio de Janeiro, Ed. Vozes.
- **Foucault, M., (1989)** “História da Loucura”, São Paulo, Edições Perspectiva.
- **Franco, L. ; Fernandes, J., (1991)** “La marginación: realidad y perspectivas”, Madrid, Editorial C.C.S.
- **Gameiro, A, (1978)** “Psicopatologia e saúde mental. Guia prático sobre a saúde mental, perturbações psíquicas”, Porto, Ed. Salesianas
- **Gameiro, A., (1994)** “Atitudes e Experiências de Pais Perante os Filhos Doentes Mentais”, in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Gameiro, A., (1994)** “O Doente Mental «Crónico» - Seu Lugar na Família, na Sociedade e na Igreja”, in Hospitalidade, Revista de Saúde Mental, Relações Humanas e Problemas de Marginalização, Ano 58, nº. 226, Janº./Março.
- **Gameiro, J., (1992)** “Voando Sobre a Psiquiatria - Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea”, Porto, Edições Afrontamento.
- **Garrabé, J., (1997)** “Le Temps de L’Asile”. Les Cahiers de Science&Vie, nº37, Fév., pp. 6-14.
- **Garcia, M. Concepción Alvarez, et al., (Hospital Aita Menni, Mondragón, Espanha), (1994)** “ Encuentros Con Familiares: Una Aportación del Trabajo Social al Vínculo Paciente - Familia - Hospital”, in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Garcia, R., (1991)** Calidad de vida aproximacion histórico-conceptual », Boletín de Psicología, 30, pp. 55-94.
- **Gentis, R., (1975)** Les Murs de L’Asile. Paris », François Maspero.

- **Gotay, C. Et al., (1992)** "Quality of Life Assessment in Cancer Treatments Protocols: research issues in protocol development", In Journal N. Cancer Institute. B 4, pp. 575-579.
- **Grant, M. et al., (1990)** "Assessment of quality of life with a single instrument", Seminar nurses of oncology, 6, pp. 260-270
- **Greenblatt, H., et al., (1975)** "The Phasing Out of Mental Hospitals in the United States", Américan Journal Psychiat., pp. 1135-1140.
- **Guerra, R. (coord.) et al., (1995)** "Legislação". Saúde Mental - Proposta para a Mudança (actas de congresso), Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- **Guibbons, J., (1986)** "Care of New long-stay patients in a district general hospital unit", Acta Psychiatric. Scand., 73 pp. 582-588.
- **Guimarães, A.; Tinoco, R., (1994)** "Unidade de Socioterapia e Reabilitação: Um Projecto Intermediário de Assistência Psiquiátrica", in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Guyatt, G.H. et al., (1993)** "Reasuring health-related quality of life" Annals of Internal Medicine, nº118, pág.622-629.
- **Guyatt, G.H. et al., (1996)** "Reasurements in clinical trials: choosing the right approach" In B. Spiker (Eds.), Philadelphia: Lippincott-Raven, pp. 41-48.
- **Haas, B., (1999)** "Clarification and integration of similar quality of life concepts, Image", n.º31, pp. 215-220
- **Hafner, H., (1987)** "Do We Stil Need Beds for Psychiatric Patients? An Analysis of Cchanging Patterns of Mental Healh Care", Acta. Psychiatr. Scand., 75, pp. 113-126.
- **Harris, D., (1990)** "La justificacion del estado de bienestar", Madrid, Instituto de Estudios Fiscales

- **Harding, M., et al., (1987)** “The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness”, meric. Journal Psychiatri., 144:6, pp. 718-726.
- **Heirichs, D. ; Hanlon, T. ; Carpenter, W., (1984)** “The Quality of Life Scale: an Instrument for Rating the Schizophric Deficit Syndrome”, Schizophrenia Bulletin.
- **Hermet, M. C., (1981)** “O No-Restraint em Inglaterra e em França” in Análise Psicológica, 3 (I), pp. 441-445.
- **Herzlich, C., (1970)** Médecine, Maladie et Societ, Paris, Ed. Mouton.
- **Herzlich, C., (1991)** Malades d’Hier, Malades d’Aujourd’Hui, Paris, Payot.
- **Hochmann, J., (1979)** “Estrutura e funcionamento da equipa de psiquiatria comunitária”, p.23, Porto, Ed. IAP zona Norte.
- **Hollandsworth, J. G., (1988)** “Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-year update”, Social Science of Medicine, 26, pp. 425-434
- **Hume, C. et all., (1986)** “Rehabilitation in Psychiatry, na Introductory handbook”, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Milbourne and Ney York
- **Huxley, P.; Warner, R., (1992)** “Case Management, Quality of Life, and Satisfaction With Services of Long-Term Psychiatric Patients”, Hospital and Community Psychiatry.
- **IAP, et al., (1976)** “Bases Gerais da Integração dos Serviços de Saúde Mental no Serviço Nacional de Saúde”, Porto, ed. IAP (texto policopiado).
- **Jaccard, R., (1979)** “A loucura”, São Paulo, Zahar Editores.
- **Jean-Baptiste, P., (1997)** “L’Étrange Découverte du Premier Tranquillisant”, Les Cahiers de Science&Vie, nº37 - Fév., pp.34-43.
- **Jenner, F.A., et al., (1992)** “Esquizofrenia - uma doença ou alguns modos de se ser humano?”, Lisboa, Editorial Caminho.

- **Jodolet, D., (1995)** Folies et Representations Sociales, Presses Universitaires de France, Paris
- **Jornal de Noticias, (7 de Dezembro de 1997)** "Saúde Mental em Debate", nº289, Porto.
- **Jones, K.; Robinson, M.; Golightley, M., (1986)** "Long-Term Psychiatric Patients in the Community", Brithish Journal of Psychiatry.
- **Laing, R.D., (1976)** "O Eu e os Outros", Petrópolis, 3ª Edição colecção psicanálise, Ed. Vozes.
- **Lamb, H., Goertzel, V., (1972)** "The Demise of the State Hospital. A Premature Obituary". Ar. Gen. Psychiatr., 26, pp. 489-495.
- **Laplantine, François, (1978)** "Etnopsiquiatria" Vega Universidade.
- **Laplantine, F., (1982)** "Etnopsychiatrie et ethnoscience". Confrontations Psychiatriques, nº21 :11-29.
- **Leal, R., (1972)** "Psiquiatria social e sectorização dos estabelecimentos psiquiátricos", Jornal o Médico (LXXIX), pág. 55-63.
- **Lehman, A; Ward, N.; Linn, L. (1986)** "Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue", American Journal of Psychiatry.
- **Lehman, A. et al., (1986)** "The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences", Hospital and Community Psychiatry, Vol. 37, 9, pp. 901-907.
- **Lehman, A; Burns, B., (1990)** "Severe Mental Illness in the Community", New York, Raven Press.
- **Levy, L. ; Anderson, L., (1980)** "La tension psicosocial". In Poblacion, Ambiente y Calidad de Vida. Mexico, DF. El Manual Ronalermo.



- **Lima, Marinús Pires de, (1981)** “O Inquérito Sociológico: Problemas de Metodologia”, Lisboa, Editorial Presença.
- **Lourenço, R., (1993)** “Sistema de Saúde nos Anos 90: O Caso Português”, in Revista dos Médicos, Janeiro-Fevereiro.
- **Mann Y Crew, (1976)** “New Long Stay Psychiatric Patients. A National Sample Survey of Fifteen Mental Hospitals in England and Wales 1972/73”, Psychol. Med., 6, pp. 603-616.
- **Mannoni, M., (1978)** “O Psiquiatra, o seu Louco e a Psicanálise”, Porto, Afrontamento.
- **Marcolin, M., (1998)** “Changes Quality of Life among Schizophrenic patients Treated with Risperidone”, Poster at The XXI CINP Congress, Glasgow, Scotland.
- **Marques, A., (1997)** “As Representações Sociais sobre a Terapêutica Ocupacional” - estudo de caso. Porto ESTESP (texto fotocopiado).
- **Marx et al., (1973)** “Extrahospital Management of Severe Mental Illness”, Arch. Gene. Psychiatry, 29, pp. 505-511.
- **Melo, M. et al., (1981)** “A Psiquiatria Comunitária na Evolução Histórica da Psiquiatria”, in Análise Psicológica, 3 (I), pp. 357-363.
- **Mercier, C.; Corten, P. (1989)** “Quality of Life and social Reintegration”, Canadian and Belgian Surveys with Severely Mentally ill. Paper Presented at the 41<sup>st</sup> Institute on Hospital and Community Psychiatry, Philadelphia.
- **Mercier, C. et al., (1992)** «Services communautaires et qualite de lavie : une etude d’impact en region eloignee, Canadian Journal of Psychiatry, 37 (8), pp. 553-563
- **Meseguer, J. M. Morales, (1982)** “História de la Psiquiatria”, Psiquiatria, Tomo I. Barcelona, Ed. Toray S.A. pp. 9-27.

- **Miles, A., (1981)** “O Doente Mental na Sociedade Contemporânea: Introdução Sociológica”, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- **Milheiro, J., (1979)** “A Psiquiatria Social...em Meu Entender”, Porto, Ed. IAP Zona Norte.
- **Milheiro, J., (a1997)** “Anomalia Psíquica na Lei de Saúde Mental”, Porto, Jornal de Noticias (13 de Dezembro), p.9.
- **Milheiro, J., (b1997)** “Lei da Saúde Mental - Direitos, Princípios e Procedimentos”, Porto, Jornal de Noticias (22 de Novembro), p. 9.
- **Milheiro, J., (1999)** “Loucos são os outros”, Porto, Laboratórios Bial
- **Ministério da Saúde, (1997)** “Uma Visão estratégica da Saúde para a Região Norte”, Ars Norte.
- **Ministério da Saúde, (1997)** “Saúde em Portugal : uma estratégia para o virar do século”, Ed. Ministério da Saúde.
- **Minguzzi, G.F., (1977)** “Psiquiatria Democrática”, in Fleming (coord.), Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate, pp. 75-80, Porto, Ed. Afrontamento,. (Publicação das comunicações de debates realizados a 12, 13, 14 de outubro, organizados pela GODIP).
- **Moniz, M., (1997)** “Apoio habitacional – uma perspectiva de reabilitação e integração comunitária”, Análise Psicológica, 3, (XV) pp. 461-464
- **Montano, T.; Ferreira, J., (1994.)** “A AASPS e um Modelo de Reabilitação Comunitário”, in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.
- **Mota Cardoso, C., (2000)** “Os caminhos da esquizofrenia”, Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

- **Navin, C. B., (1989)** “The Role of Formal Education in the Rehabilitation of Persons with Chronic Schizophrenia”, in Disability, Handicap and Society, Abingdon.
- **Oliveira, J. F. (1983)** “Rilhafes e a Acção do Prof. Miguel Bombarda”, Lisboa, HMB.
- **Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), (1985)** “As Metas de Saúde para Todos”, Lisboa, Ministério da saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- **Organização Mundial de Saúde, (1995)** Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças”.
- **Ornelas, J., (1988)** “Do Romantismo da Loucura à sua Transinstitucionalização: Apresentação de um Projecto Comunitário com Esquizofrénicos”, in Hospitalidade, Revista de Saúde Mental, Relações Humanas e Problemas de Marginalização, nº. 203, Abril/Junho.
- **Ornelas, J., (1996)** “Sistema de suporte comunitário”, Análise Psicológica, 2-3, (XIV) pp. 331-339
- **Ornelas, J., (1997)** “Psicologia Comunitária – origens, fundamentos e áreas de intervenção”, Análise Psicológica, 3, (XV) pp. 375-388
- **Pélicier, I., (1982)** “Histoire de la Psychiatrie”. Paris, Presses Universitaires de France.
- **Pepper, B., et al., (1980)** “The Young Adult Chronic Patients: Overview of a Population”. Hospital and Community Psychiatry, 32, pp. 463-469.
- **Pereira, A. L., (1986)** “A institucionalização da loucura em Portugal”. Revista Crítica de Ciências Sociais n.º 21, Coimbra, CES.
- **Phelan, Joc et al., (2000)** “Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996; What is Mental Illness and is it to be feared?” In Journal of Health and Social Behavior, vol. 45, 2, Albany, pp. 188-207

- **Pichot, P., Fernandes, B (1984)** “Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal”. Roche Farmacêutica Química, Lda, Lisboa.
- **Piédrola, G., (1991)** “Medicina Preventiva y Salud Publica”, Barcelona. Masson Salvat.
- **Pires de Lima, M., (1995)** “Inquérito Sociológico”, Lisboa, Editorial Presença
- **PNUD (1994)** “Relatório do Desenvolvimento Humano. Lisboa”, Tricontinental Editora.
- **Quivy, R.; Campenhoudt, L. V., (1992)** “Manual de Investigação em Ciências Sociais”, Lisboa, Gradiva.
- **Rappoport, R. N., (1974)** La Communauté Thérapeutique, Paris, Ed. Librairie François Maspero.
- **Reeberg, G. A, (1993)** “Quality of Life: a concept analysis”, Journal of Advanced Nursing, 28, pp. 32-38
- **Relatório de Gestão, (2000)**, “Hospital Conde Ferreira”, Porto (texto policopiado).
- **Reto, F., (1999)** “Epilepsia e Classes Sociais”, Dissertação de Mestrado em Política Social e Serviço Social apresentada no ISSSP, Porto (texto policopiado)
- **Reynand, M. et al, (1991)** Le Traitement des Schizophrènes. Paris, Editores Frisson-Roche.
- **Ribeiro, J. L., (1994)** “A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde”, Análise Psicológica, 2-3, (XII), pp. 179-191
- **Ribeiro, J. L., (1999)** “Investigação e avaliação em psicologia e saúde”, Climepsi Editores, Lisboa
- **Ribeiro, N. A., (1994)** “Obstáculos à Implementação da Reabilitação Psiquiátrica - Projecto Piloto (PP/UN), in V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente, Família, Comunidade - Comunicações, Lisboa, 10 a 12 Março.

- **Romney, D. et al., (1994)** “Improving the quality of life: prescriptions for change”, Social Indicators Research, 33, pp.237-272
- **Rosa, C.; Maciel, A., (1997)** “Saúde Mental em debate”, in Revista Noticias Magazine, nº289, Porto, 7 de Dezembro.
- **Sampaio, A.; Campos, C., (1980)** "Serviços de saúde em Portugal: uma reflexão crítica", O médico, vol. 96, nº1517, pág. 489-502.
- **Santos, B. S., (1987)** "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: O Caso das Políticas de Saúde", in Revista Crítica de Ciências Sociais, nº. 23, Setembro.
- **Santos, B. S., (1987)** “O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais - o caso das políticas de saúde”. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº23, Coimbra, CES.
- **Schipper, H. (1990)** “Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research” in Oncology, nº4, pp. 51-57.
- **Schittar, (1977)** “Comunicação S/T in Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate”, Porto, Ed. Afrontamento. (Publicação das comunicações de debates realizados a 12, 13, 14 de outubro, organizados pela GODIP).
- **Silva, A. S.; Pinto, J. M., (org.), (1987)** “Metodologia das Ciências Sociais”, Porto, Edições Afrontamento.
- **S.N.S., (1982)**, “A Saúde Mental e a Vida, Pessoas e População em Risco Psiquiátrico”, Lisboa, Moraes Editora.
- **Szalai, A. (1980)** “The meaning of comparative research on the quality of live”. In The Qualitative of life: comparative studies. Szalai and Franck Andrews, eds. London, Sage.
- **Szasz, T., (1978)** “Esquizofrenia: O Símbolo Sagrado da Psiquiatria”, Lisboa, Publicações D. Quixote.

- **Szasz, T., (1979a)** “O mito da doença mental”, Rio de Janeiro, Zahar Ed., (1ª edição original em 1961).
- **Szasz, T., (1979b)** “A fabricação da loucura”, Rio de Janeiro, Zahar Ed., (edição original em 1971).
- **Tavares, I., (1996)** “Terapia Ocupacional em Psiquiatria” (monografia policopiada), Lisboa, Hospital Miguel Bombarda
- **Unger, K., (1990)** “Reabilitação Psiquiátrica. Filosofia, Princípios e Investigação”. Revista Análise Psicológica, nº. 2 (VIII), Abril.
- **Wilson, L. Et al., (1995)** “Linking clinical variables with health-related quality of life”, journal of the American Redical association, 273, pp. 59-65
- **Wing, J. et al., (1981)** “Handbook of psychiatric rehabilitation practice”, Oxford University Press, New York Toronto

## **2. Legislação Consultada**

- Decreto-Lei nº 39306/53 de 10 de Agosto
- Decreto-Lei nº 41579/58 de 25 de Julho
- Decreto-Lei nº 46102/64 de 23 de Dezembro
- Decreto-Lei nº 413 e 414/71 de 27 de Setembro
- Decreto-Lei nº 254/82 de 29 de Junho
- Decreto-Lei nº 74/84 de 1994
- Decreto-Lei nº 127/92 de 3 de Julho
- Decreto-Lei nº 54/92 de 11 de Abril
- Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro
- Decreto-Lei nº 247/97 de 5 de Agosto
- Despacho nº 5/87 de 3 de Julho
- Despacho normativo de 25 de Novembro/93
- Despacho 17 de Outubro de 1994
- Despacho 25 de Outubro de 1994
- Despacho nº 7/96 de 23 de Agosto
- Lei 2006 de 1945
- Lei nº 2118/63 de 3 de Abril
- Lei nº 56/79 de 15 de Setembro

- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto
- Lei nº 36/98 de 24 de Julho
- Portaria nº 21444/65 de 5 de Agosto
- Portaria nº 549/76 de 31 de Agosto
- Portaria nº 688/76 de 18 de Novembro
- Portaria nº 880/87 de 13 de Novembro
- Portaria nº 750/92 de 1 de Agosto
- Constituição da República Portuguesa de 1976
- Revisão da Constituição da República Portuguesa de 1982
- Revisão da Constituição da República Portuguesa de 1989



### 3.Artigos da Internet

- **Arnol, Sarah (2000)** The correlation between quality of life and social support one year after coronary artery bypass surgery, Digital dissertations, 07-12-2000, [wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit](http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit)
- **Awad, A. et al. (1999)** Quality of life and new antipsychotics in schizophrenia are patients better off?, The International Journal of Social Psychiatry, vol. 45, 4, pp. 268-275, London, Edição Internet, 28-02-2001
- **Calabrese, J. (1999)** How occupational therapist's evaluate quality of life of nursing home residents, Digital dissertations, 07-12-2000, [wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit](http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit)
- **Crompton, J. (1999)** Occupational Therapist's perceptions regarding quality of life as a concept and its evaluation for patients receiving hospice care, Digital dissertations, 07-12-2000, [wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit](http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit)
- **Marcolin, M. (1998)** Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia, parte II – Ansiedade e Psicose, Revista Psiquiatria Clínica, vol.25, n.6, Novembro/Dezembro, Edição Internet, [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br), pesquisa efectuada em 20-10-2000
- **Swinton, M. et al (1999)** Measuring quality of life in secure care. Comparison of mentally ill and personally disordered patients, The International Journal of Social Psychiatry, vol. 45, 4, pp. 284-291, London, Edição Internet, 28-02-2001,

## **ANEXOS**

**(Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida  
construído por Antonio Marques)**

# **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

**(António Marques)**

Este questionário tem como objectivo perceber a qualidade e satisfação face à vida de pessoas com problemas de saúde mental (diagnosticados com esquizofrenia) em função do meio onde estão inseridas: o hospital psiquiátrico, as estruturas comunitárias e as famílias.

## **Instruções gerais para preenchimento do questionário:**

- Deve-se explicar ao utente qual o objectivo deste questionário;
- É necessário assegurar ao utente que todas as informações que nos vai fornecer são confidenciais e que nunca serão utilizadas nominalmente, mas apenas em agregados estatísticos, sem qualquer possibilidade de identificação da pessoa;
- É também imprescindível esclarecer que não existem respostas certas nem respostas erradas. O importante é responder o mais sinceramente possível;
- Deve ser o/a técnico/a a formular as questões e a efectuar o preenchimento do questionário;
- Deve-se assinalar com uma cruz no quadrado correspondente a cada grau escolhido pelo utente em relação a cada parâmetro apresentado;
- Todos os parâmetros de avaliação são referentes ao último mês do sujeito.

1 - Código de Identificação \_\_\_\_\_

2 - Sexo:    Masculino    ☐    Feminino    ☐    3. Idade: \_\_\_\_\_

**4 - Estado Civil:**

Casado(a)/união de facto

Separado(a)/divorciado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)

Outro, Qual? \_\_\_\_\_

--	--	--	--

**5 - Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever sem possuir a 4ª classe(1º ciclo)

Tem a 4ª classe (1º ciclo)

Tem o 7º ano (2º ciclo)

Tem o 9º ano (3º ciclo)

Tem o 12º ano

Tem bacharelato

Tem licenciatura

Outro, Qual? \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6 - Condição pelo Trabalho**

Reformado por invalidez

Reformado por velhice

Doméstica

Estudante

Outro, Qual? \_\_\_\_\_

--	--	--	--

**7 - Profissão**

indicar a última profissão que exerceu \_\_\_\_\_

indicar a profissão que exerce \_\_\_\_\_

**8 - Internamento:**

Data do 1º Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data do Último Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº	Parâmetros de Avaliação	Nunca	Raramente	Regularmente	Muito frequentemente	Sempre
	<b>I – Caracterização Bio-Psico-Social</b>					
1	Teve alguma dificuldade em dormir?					
2	Teve desmaios ou perdeu a consciência?					
3	Teve dores de cabeça?					
4	Teve dores de barriga?					
5	Teve outras dores ou problemas físicos?					
6	Teve falta de apetite?					
7	Sentiu-se em boa forma física?					
8	Tomou medicamentos para além dos prescritos pelo seu médico?					
9	Teve tremores?					
10	Sentiu-se calmo e relaxado?					
11	Aconteceu-lhe repetir um pensamento ou ideia?					
12	Sentiu-se facilmente irritável?					
13	Aconteceu-lhe dizer coisas que lhe pareciam estúpidas ou estranhas?					
14	Teve sensações ou sentimentos bizarros que não é capaz de explicar?					
15	Sentiu-se optimista em relação ao futuro?					
16	Sentiu-se feliz?					
17	Teve a impressão de que algo terrível poderia acontecer?					
18	Teve dificuldades em tomar decisões?					
19	Sentiu-se confiante ?					
20	Esteve satisfeito com o seu desempenho nas diversas actividades que realizou?					
21	Foi capaz de se concentrar no que fazia?					
22	Sentiu-se em segurança?					
23	Sentiu-se bem com a sua imagem pessoal?					
24	Sentiu-se culpado por as coisas não correrem bem?					

Parâmetros de Avaliação (cont.)					
Nº		Nunca	Poucas Vezes	Regularmente	Muito frequentemente
25	Sentiu que tinha ideias pouco claras?				Sempre
26	Sentiu-se de mau humor ?				
27	Sentiu um estado de cólera que o levou a bater noutras pessoas?				
28	Sentiu um estado de cólera que o levou a partir objectos?				
29	Sentiu que mudava de humor sem razão?				
30	Pensou no suicídio ou em tentar suicidar-se?				
31	Sentiu-se só?				
32	Aconteceu-lhe falar sozinho?				
33	Teve a impressão que as pessoas diziam mal de si?				
34	Encontrou pessoas em quem sentiu poder confiar?				
35	Foi capaz de tomar a iniciativa para comunicar com alguém que desejava?				
36	As outras pessoas puderam contar consigo?				
37	Sentiu nas pessoas que o rodeavam existir alguém com quem pudesse contar no caso de ter problemas com dinheiro?				
38	Sentiu nas pessoas que o rodeavam existir alguém com quem pudesse contar no caso de ter problemas pessoais?				
39	Sentiu que a maioria das pessoas lhe pareceu disposta a colaborar consigo?				
40	Sentiu-se à vontade com os outros?				
41	Sentiu dificuldades em falar com os outros ou explicar-lhes qualquer coisa?				
42	Sentiu dificuldade em controlar os seus sentimentos?				
43	Entendeu-se bem com os membros da sua família?				
44	Encontrou um ou vários dos seus amigos?				
45	Escreveu a membros da sua família?				
46	Se é solteiro/a, separado/a ou viúvo/a, teve encontros com uma mulher/Homem?				
47	Foi a casa dos seus amigos ou a outra reunião social?				
48	Agiu sem ter em conta os sentimentos dos outros?				

Nº	Parâmetros de Avaliação (cont.)	Nunca	Poucas Vezes	Regularmente	Muito frequentemente	Sempre
49	Teve problemas com a policia por outras razões que não as pequenas infracções de trânsito?					
50	Teve a impressão de que a maior parte das pessoas fazia tudo mal?					
51	Gastou o seu dinheiro de forma razoável, comprando apenas o que era prioritário e capaz de pagar?					
52	Desenvolveu alguma actividade profissional?					
53	Procurou emprego?					
54	Dedicou-se a um passatempo?					
55	Sentiu que nada o interessava?					
56	Passou muito tempo livre a ver televisão?					
57	Praticou algum desporto?					
58	Participou nas tarefas domésticas?					

Nº	Parâmetros de Avaliação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	<b>II – Qualidade e Satisfação Face à Vida</b>					
59	Como se sentiu em relação ao quarto onde reside?					
60	Como se sentiu em relação ao local onde vive?					
61	Como se sentiu relativamente aos serviços e comodidades do local onde vive?					
62	Como se sentiu em relação à sua saúde?					
63	Como se sentiu em relação à alimentação que fez?					
64	Como se sentiu em relação ao vestuário que usa?					
65	Como se sentiu relativamente ao que faz durante a maior parte do tempo?					
66	Como se sentiu relativamente ao que faz fora do hospital para se divertir?					
67	Como se sentiu relativamente à sua vida actual em geral?					
68	Como se sentiu em relação ao apoio clínico?					
69	Como se sentiu relativamente às pessoas com quem vive?					
70	Como se sentiu relativamente à sua vida sentimental?					
71	Como se sentiu relativamente às relações com a sua família?					
72	Como se sentiu relativamente à maneira como se relaciona com os outros?					
73	Como se sentiu em relação à sua situação financeira?					



Nº	Parâmetros de Avaliação	Dependente	Executa com muitas dificuldades	Executa com algumas dificuldades	Executa com poucas dificuldades	Independente
	<b>III – Avaliação Funcional</b>					
	<b>A) Autonomia de Base</b>					
	<i>Alimentação</i>					
74	Beber					
75	Comer					
76	Utilização dos talheres					
77	Postura à mesa					
	<i>Cuidados Pessoais</i>					
78	Banho					
79	Utilização dos sanitários					
80	Higiene oral					
81	Higiene das mãos, cabelo e barba					
	<i>Arranjo Pessoal</i>					
82	Vestir/Despir					
83	Adequação do vestuário					
84	Tratamento do vestuário					
	<b>B) Autonomia Residencial</b>					
	<i>Saúde e Segurança</i>					
85	Consultas					
86	Identificação da Medicação					
87	Toma da medicação					
88	Gestão de problemas de saúde					
89	Identificação dos efeitos secundários da medicação					
90	Respeito por regras de segurança					

Nº	Parâmetros de Avaliação (cont.)	Dependente	Executa com muitas dificuldades	Executa com algumas dificuldades	Executa com poucas dificuldades	Independente
91	Resposta a situações de urgência					
	<i>Organização da Casa</i>					
92	Organização das refeições					
93	Confeção das refeições					
94	Limpeza e arrumação da casa					
	<b>C) Autonomia Comunitária</b>					
	<i>Utilização dos recursos comunitários</i>					
95	Planeamento de compras					
96	Compras					
97	Gestão do orçamento					
98	Manipulação do dinheiro					
99	Reconhecimento e utilização dos diferentes serviços da comunidade					
	<i>Deslocações</i>					
100	Utilização de transportes					
101	Reconhecimento dos diferentes símbolos da comunidade					
	<i>Trabalho</i>					
102	Motivação para trabalhar					
103	Competências gerais de trabalho					
104	Adaptação e realização de tarefas específicas					